NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBOROWO — KOŚCIAN — LUBLINIEC
OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK VIII. DZIEKANKA KWARTAŁ III-IV

1 9 3 1



REDAKTOR

ALEKSANDER PIOTROWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO - DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI K. PIECHOCKIEGO w GNIEŹNIE



NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK VIII. 1931 KWARTAŁ. I-II



Życiorys i działalność naukowa śp. prof. Jana Piltza.

Podał Dr. WŁADYSŁAW CHŁOPICKI.

Dnia 26. XI. 1930 psychjatrja i neurologja polskie poniosły ciężką stratę — zupełnie nagle i niespodziewanie dla nas wszystkich zmarł prof. Jan Piltz na skutek zatoru tętnicy płucnej po operacji wyjęcia kamienia z moczowodu.

Tak niedawno jeszcze, bo zaledwie 2 tygodnie przed niespodziewanym zgonem, uczestniczyliśmy w miłej i podniosłej uroczystości wręczenia Zmarłemu księgi pamiątkowej ku uczczeniu 25-cio-lecia Jego pracy profesorskiej i słyszeliśmy, jak przemawiał z właściwym Sobie humorem. Nikt z obecnych nie przypuszczał, że jest to właściwie ostatnie publiczne wystąpienie prof. Piltza, a nawet ostatni Jego pobyt w Klinice, że jest to w dosłownem tego słowa znaczeniu zamknięcie jeszcze za życia całej Jego działalności.

Prof. Piltz urodził się w r. 1870 w Aleksandrowie byłej gubernji warszawskiej. W Warszawie ukończył szkołę średnią, a na studja wyższe wyjechał do Szwajcarji. Tam ukończył studja lekarskie, uzyskał dyplom lekarski z prawem praktyki w Szwajcarji — tamże, w Zurychu, został mianowany asystentem znakomitego psychjatry prof. Forela. Przygotowanie do

pracy naukowej otrzymał jeszcze podczas studjów lekarskich, pracując w charakterze koasystenta przy katedrze histologji u prof. Stoehra — a później przez 2 lata przy katedrze anatomji mózgu u prof. Nowaka. Celem uzyskania prawa praktyki w byłym zaborze rosyjskim wyjeżdża ze Szwajcarji do Rosji, tu w Kazaniu uzyskuje dyplom lekarski, a następnie w Petersburgu pracuje w Klinice prof. Bechterewa przy Wojskowej Akademji Medycznej i uzyskuje tam trudny do uzyskania w Rosji stopień doktora medycyny.

W r. 1898 zostaje powołany przez prof. Bleulera, następcę prof. Forela w Zurychu, na pierwszego asystenta, a następnie po pół roku — przez rząd kantonalny Kantonu Vaud — na wicedyrektora Kliniki Psychjatrycznej Mahaima do Lozanny. Rozpoczęte w tym okresie znane prace prof. Piltza nad źrenicami skierowują Jego uwagę na szereg zagadnień neurologicznych — to też w r. 1900 wyjeżdża do Paryża i pracuje tam przez rok w Salpêtrière pod kierunkiem znakomitego neurologa Déjerin'a. Z Paryża powraca do Warszawy, gdzie osiada jako lekarz chorób nerwowych i umysłowych. W następnym roku otrzymuje miejsce ordynatora w Miejskim Szpitalu Praskim i w krótkim czasie organizuje tam wprost z niczego oddział neurologiczny. Na podstawie materjału, zebranego w tym oddziale, pisze pracę o rozszczepieniu czucia w przypadkach urazu i schorzeń rdzenia kręgowego — „contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moëlle épinière", którą jako pracę dysertacyjną posyła do Uniwersytetu w Lozannie i uzyskuje tam stopień doktora medycyny.

W r. 1905 zostaje powołany w charakterze nadzwyczajnego profesora na katedrę neuropatologji i psychjatrji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, a w 1912 zostaje mianowany profesorem zwyczajnym tegoż Uniwersytetu. Tutaj organizuje ambulatorjum dla chorób nerwowych, z braku odpowiednich ubikacji w 3 pokojach suteryn Kliniki Okulistycznej prof. Wicherkiewicza, a równocześnie rozpoczyna starania o budowę Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej.

Począwszy od sprawy miejsca pod przyszłą Klinikę aż do starań na uzyskanie odpowiednich kredytów — wszędzie napotyka Zmarły na niezliczone trudności; pokonywa je zarówno na terenie Krakowa, jak też w Ministerstwie w Wiedniu w sto-

sunkowo krótkim czasie, zawdzięczając Swym niezmordowanym zabiegom i staraniom, przeprowadzanym z niesłabnącą nigdy energją. Wreszcie budowa Kliniki rozpoczyna się w r. 1908, by się skończyć w lipcu 1914, przed samym wybuchem wojny.

Przez cały czas budowy czuwa jak najstaranniej nad wykonaniem i wykończeniem różnych szczegółów zarówno samego gmachu jak też poszczególnych instalacyj. Ogólny plan Kliniki a również jej najdrobniejsze szczegóły powziął Zmarły po zwiedzeniu szeregu klinik na Zachodzie, po przestudjowaniu wspólnie z architektami planów tych klinik, tak że Klinika Krakowska była niejako syntezą tych planów a równocześnie wyrazem przemyślanych poglądów jej Twórcy i Inicjatora.

Podwoje Kliniki, tego pierwszorzędnego warsztatu z zakresu neurologji i psychjatrji, zostały otwarte w sierpniu 1914 r. celem przyjęcia żołnierzy z frontu i odtąd do końca 1918 r. Klinika funkcjonowała jako oddział nerwowo-psychjatryczny Klinicznego Szpitala Fortecznego. Dopiero od r. 1919 Klinika zaczęła przyjmować osoby cywilne — i dopiero Zmarły organizuje ją jako Klinikę Neurologiczno-Psychjatryczną i prowadzi w ten sposób do ostatnich dni.

Brak zorganizowanego środowiska w Krakowie do omawiania aktualnych zagadnień z neurologji i psychjatrji pobudza śp. prof. Piltza do stworzenia tu przed wojną Towarzystwa Neurologiczno-Psychjatrycznego, z którego później w związku z utworzeniem ogólno-polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego tworzą się dwa towarzystwa — Towarzystwo Neurologiczne Krakowskie i Oddział Krakowski Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

Wysoko ceniąc kontakt naukowy z zagranicą, starał się śp. prof. Piltz prawie systematycznie wysyłać tam swoich uczni. Wielce pomocnemi Mu w tem były osobiste Jego stosunki z neurologami i psychjatrami w Szwajcarji, Niemczech i Francji — to też szereg Jego uczni wyjeżdża zagranicę, przeważnie do Szwajcarji, i tu przez pewien czas pracuje, przywożąc ze sobą do Polski znajomość nowych metod czy też prądów i kierunków naukowych z samego źródła. Wielu z nich zajęło później wybitne kierownicze stanowiska w Polsce. O Szwajcarji, o kraju najpiękniejszych Swych lat młodzieńczych, zachował śp. prof. Piltz na zawsze jaknajlepsze wspomnienia i odzywał się zwykle o Szwajcarji i szwajcarskich stosunkach z prawdzi-

wym pietyzmem. Do ostatnich dni łączyły Go z szeregiem lekarzy szwajcarskich serdeczne stosunki, z wieloma z nich był na przyjacielskiej stopie. Dlatego też Szwajcarskie Towarzystwo Psychjatryczne na jednem ze swych posiedzeń w pierwszych dniach grudnia ub. r., na które właśnie był zaproszony Zmarły do wygłoszenia odczytu o encephalitis epidemica, uczciło Jego pamięć przez wygłoszenie o Nim nacechowanego wielką serdecznością wspomnienia pośmiertnego.

Z wybitnych psychjatrów i neurologów, pod kierunkiem których pracował śp. prof. Piltz, niewątpliwie najsilniejszy wpływ na Niego wywarła i najbardziej Jego właściwościom charakteru i psychiki odpowiadała indywidualność Forela. Toteż w każdej przyjemnej dla Siebie chwili wracał wspomnieniami do Forela i coś o nim opowiadał.

Psychjatryczna klinika zurychska, w której rozpoczął Swą pracę psychjatryczną Zmarły, posiadała świetne tradycje psychjatryczne — pracowali w niej przez pewien czas sławni Griesinger i Gudden, później Forel, znakomity anatom mózgu a równocześnie znakomity przyrodnik — badacz i obserwator, w młodocianych nieomal latach piszący świetną swą pracę o mrówkach, o ich morfologji, o ich odmianach, fizjologji, o ich życiu społecznem — w psychjatrji stojący również na stanowisku ściśle przyrodniczem, biologicznem — a ponadto wielki społecznik, energiczny propagator ruchu antyalkoholowego w Szwajcarji oraz twórca słynnego dzieła o znaczeniu psychjatryczno-społecznem „Zagadnień seksualnych" — wreszcie ostatnim wybitnym psychjatrą zurychskim jest Bleuler, którego imię na zawsze zostanie związane z pogłębieniem analizy psychoz schizofrenicznych, tego obszernego i mało dostępnego analizie rozdziału psychjatrji.

Działalność naukowa śp. prof. Piltza nosi cechy, podobne do działalności Forela — znamionuje je przedewszystkiem pierwiastek obserwacji — wiele prac prof. Piltza opartych jest na bezpośredniej obserwacji, na podpatrywaniu nowych objawów. Drugą znamienną cechą prac naukowych śp. prof. Piltza jest ściśle biologiczne stanowisko, na którem stał od początku i dotrwał do końca — do ostatniej Swej pracy o charakterze z biologicznego punktu widzenia; wreszcie trzecią cechą charakterystyczną, podobnie jak i u Forela, jest szeroko zakrojona działalność społeczna, wypływająca zarówno z temperamentu

społecznego Zmarłego, jak też i z głębokich Jego założeń ideowych. Taką np. była myśl utworzenia oddziału dla badań nad dziećmi psychopatycznemi, t. zw. instytutu charakterologicznego; do realizacji jej zabierał się z wielkim właściwym Sobie zapałem. Między innemi przyświecała Mu przytem szczytna, troską o przyszłość narodu nacechowana myśl — ustalenia w społeczeństwie polskiem cech, najpotrzebniejszych dla rozwoju społeczeństwa w jego współzawodnictwie z ościennemi narodami. Tą myślą umiał zainteresować wiele osób — przedstawicieli najrozmaitszych gałęzi wiedzy i rozmaitych dziedzin pracy, umiał zachęcić ich do zbierania się celem przedyskutowania różnych konkretnych zagadnień, ze sprawą charakteru związanych — i dążąc do tego ze znaną wszystkim dobrze wytrwałością i niespożytą energją był by niedługo Swoje piękne marzenia o instytucie charakterologicznym w czyn wprowadził.

Działalność naukową śp. prof. Piltza można było podzielić na kilka rozdziałów — na rozdział prac o źrenicach, o zaburzeniach czucia, o dziedziczności, na rozdział, dotyczący symptomatologji psychonerwic i nagminnego zapalenia mózgu — a ponadto osobny zakres stanowi działalność psychjatryczno-społeczna Zmarłego.

Badania nad źrenicami należą do tych prac, które stworzyły imię Zmarłemu — to też w każdym prawie podręczniku neurologji w rozdziele o źrenicach na każdym kroku spotykamy się z nazwiskiem prof. Piltza. W pracach tych wykazał śp. prof. Piltz wspomnianą już zdolność obserwowania nowych objawów — rozszerzania ustalonej symptomatologji. Począwszy od orbikularnego odruchu źreniczego, należącego do odruchów fizjologicznych — t. zw. odruchu Westphala i Piltza i polegającego na tem, że przy zaciskaniu powieki źrenice się zwężają— opisuje śp. prof. Piltz szereg odruchów, nazwanych Jego imieniem. Odruch zależny od skupienia uwagi na przedmiotach jasnych lub ciemnych, lub od wywołania w wyobraźni przedmiotów jasnych lub ciemnych — przy ciemnych przedmiotach źrenice się rozszerzają, przy jasnych — zwężają: odruch neurotoniczny, należący do odruchów patologicznych, jako objaw organicznego schorzenia mózgu i występujący pod postacią opóźnienia w rozszerzaniu się źrenic po otwarciu zaciśniętych powiek— omawia szeroko t. zw. paradoksalny odruch źrenicy przy opi-

sie jednego rzadkiego przypadku paradoksalnego oddziaływania na światło, podkreślając szereg momentów, które tę paradoksalność mogą warunkować, zwraca uwagę na donośne znaczenie nieregularności konturów źrenic w przebiegu chorób organicznych, wywołując eksperymentalnie u zwierząt przez drażnienie nerwów rzęskowych długich i krótkich zmianę konturu źrenic. Celem dokładnego analizowania źrenic przy zmiennych warunkach doświadczenia i utrwalenia pewnych momentów doświadczenia lub ciekawych objawów źreniczych — konstruuje śp. prof. Piltz specjalny aparat własnego pomysłu do fotografowania źrenicy. Bada ponadto stosunki anatomiczne, odnoszące się do źrenic — wycina w tym celu u królików pewne części kory mózgu związane z ruchami gałek ocznych i bada następnie celem ustalenia przebiegu odpowiednich szlaków oko-ruchowych drogi zwyrodnienia oraz prowadzi kilkoletnie poszukiwania za korowemi ośrodkami zwężania się i rozszerzania się źrenicy przez drażnienie prądem faradycznym kory królików, psów i małp. W toku tych badań okazuje się, że z pewnych punktów kory mózgowej można wywołać zupełnie izolowane ruchy źrenic, że jakkolwiek te ruchy dadzą się wywołać z całego szeregu punktów kory, to jednak co do rozmieszczenia tych poszczególnych punktów u zwierząt doświadczalnych da się stwierdzić daleko idące podobieństwo.

Drugi rozdział prac śp. prof. Piltza stanowią prace, dotyczące zaburzeń czucia. W pracy o rozszczepieniu czucia bólowego i termicznego w przypadkach chorób i urazów rdzenia podnosi Zmarły mało znaną jeszcze wówczas (1904) czystość różnych granic dla różnych rodzajów czucia (bólowego, zimna i ciepła) oraz podkreśla na podstawie dokładnych i starannych badań, że największa różnica granic pomiędzy temi 3-ma rodzajami czucia jest tylko przy określonej temperaturze bodźców ciepła i zimna (50° i 0°) — wówczas najwyżej przebiega granica dla bodźców ciepłych, najniżej dla bodźców zimnych — a pośrodku dla bólowych. Z chwilą nasilenia się bodźców ciepła i zimna, granice ich ku sobie stopniowo się zbliżają, by w pewnym momencie zlać się z granicą czucia bólowego. — Interesujący to i niezmiernie ważny szczegół dla fizjologji centralnego układu nerwowego, w którym sprawa przewodnictwa bodźców bólowych i cieplnych wciąż jeszcze jest sporną i mało właści-

wie postąpiła naprzód od okresu z przed 30 laty, — kiedy ogłosił tę pracę śp. prof. Piltz.

W badaniach czucia podnosi prof. Piltz konieczność ostrożnego, systematycznego badania dla każdego rodzaju czucia zosobna; wytyczenie granic jednego rodzaju czucia zajmuje — jak zaznacza sam — w przypadkach rozlanych zaburzeń czucia około 8 — 10 godzin czasu. Świadczy to o niezwykłej dokładności i ścisłości, z jaką Zmarły te Swoje badania przeprowadzał. W toku tych właśnie badań nad zaburzeniami czucia, będąc niezadowolonym z istniejących tablic dla oznaczenia zaburzeń czucia, stwarza Sam takie tablice, które co do swej przejrzystości i wygody przewyższają wszystkie inne tablice, jakie w tej sprawie wydano.

Z okazji zajmowania się zaburzeniami czucia uderzyła śp. prof. Piltza częstość ogólnego zaburzenia czucia w przypadkach początkującego porażenia postępującego — z zachowaniem pasa nadwrażliwej skóry na szyi lub i na piersi. Opisuje to jako objaw początkowy porażenia postępującego, co też codzienna obserwacja w zupełności potwierdza. Ponadto obserwuje, że dość często (około 30% przypadków) jako jedne z pierwszych objawów wieloogniskowego stwardnienia występują subjektywne i objektywne zaburzenia czucia na obwodzie kończyn dolnych. To spostrzeżenie referuje na Zjeździe Neurologów w Paryżu w r. 1925.

Do rozdziału prac śp. prof. Piltza o dziedziczności należą prace o natręctwach, depresji perjodycznej, psychopatjach i homoseksualiźmie. Uwydatnia się w nich znowu zmysł obserwacyjny Autora, zdolność podpatrzenia i uchwycenia pewnego objawu. Kto wie, jak chorzy z natręctwami kryją się z tem przed ludźmi i jak częstokroć rodzice nie wiedzą o natręctwach dzieci i odwrotnie — tego zdumieć musi fakt, że śp. prof. Piltzowi udało się w 4 rodzinach dotrzeć do natręctw i u dzieci i u rodziców, by później oprzeć na tem zupełnie słuszny i potwierdzony na innych przykładach przez innych psychjatrów wniosek homologicznego dziedziczenia się natręctw myślowych. To samo muszę powtórzyć o pracy o homoseksualiźmie — fotografje, jakie Zmarły załączył do pracy, tak wybitnie uwypuklają kobiecość chorego, tak świetnie ilustrują to bez wszelkich komentarzy — że sylwetka tego homoseksualnego mężczyzny pozostaje na zawsze w pamięci.

W homoseksualizmie, w depresji perjodycznej, psychopatji i natręctwach podnosi Zmarły głębokie biologiczne uzasadnienie wspomnianych zaburzeń, a ponadto podkreśla, że depresja i natręctwa występują częstokroć w pewnym określonym momencie życia osobniczego jednostki, jako pewna dziedzicznie zdeterminowana cecha o określonym czasie swego ujawnienia się i określonym czasie trwania. Dziedzicznie, a więc biologicznie uzasadnione zaburzenia psychiczne służą Mu za podstawę do biologicznej klasyfikacji chorób psychicznych, w których odróżnia On zaburzenia psychiczne, powstające w ciągu życia osobniczego, od takich, które są uwarunkowane dziedzicznie i występują w szeregu pokoleń.

Wielka wojna światowa dostarczyła śp. prof. Piltzowi dużo materjału, około 11.000 do obserwacji — w tem dużo neurotyków i psychoneurotyków wszelkiego rodzaju. W opisie swym „Nerwic wojennych" akcentuje On częstość zaburzeń histerycznych w tych nerwicach i naogół uleczalność tego rodzaju chorych przy odpowiedniem ich traktowaniu. Wielka epidemja nagminnego zapalenia mózgu ze swą wielopostaciowością objawów zwróciła uwagę śp. prof. Piltza na szereg nowych objawów, to też notuje On te objawy i jeden z pierwszych podaje je do literatury — do nich należą rozszczepienia pomiędzy wyrazem twarzy a stanem psychicznym przy przymusowym śmiechu i płaczu u parkinsoników, ameboidne ruchy źrenic w ostrych stadjach nagminnego zapalenia mózgu, zrywanie mięśni brzucha w tym okresie, wężowate, rytmiczne ruchy tułowia itp.

Z działalności psychjatryczno-społecznej Zmarłego nadmienić należy Jego działalność w Wydziale Karnym Prawa Materjalnego w Komisji Kodyfikacyjnej, gdzie właśnie wspólnie z śp. prof. Radziwiłłowiczem zajmował się m. in. opracowaniem kwestji niepoczytalności i gdzie Swoją definicję przeprowadził, odróżniając 2 momenty warunkujące niepoczytalność — niemożność rozpoznania znaczenia czynu albo też niemożność pokierowania stosownie do tego rozpoznania swojem działaniem. Po przyjeździe do Krakowa odczuwa bardzo dotkliwie brak psychjatrycznego zakładu, a właściwie krzyczącą niedostateczność jednego zakładu krajowego w Kulparkowie dla całej Małopolski, i z tego tytułu przyjmuje bardzo czynny udział w staraniach o budowę a również i przy samej budowie zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie; w związku z tem wydaje nawet specjalną broszurę propagandową celem wyjaśnienia wielkiej potrzeby zakładu psychjatrycznego

w Zach. Małopolsce. Jest jednym z organizatorów niedawno powstałego Towarzystwa Opieki nad Psychicznie Chorymi na terenie Województwa Krakowskiego, realizując w ten sposób jeszcze przed laty wypowiedzianą myśl o potrzebie takiego towarzystwa, organizuje od szeregu lat, jako jeden z pierwszych — i nie tylko u nas w Polsce — systematyczne wykłady z psychologji wieku dziecięcego dla nauczycieli szkół powszechnych i średnich; stwarza przy Klinice Krakowskiej specjalne poradnie — dla dzieci psychopatycznych, trudnych do prowadzenia, oraz dla dzieci z wadami wymowy, i wreszcie ostatnio stara się ożywić w Polsce ruch hygjeny psychicznej, w której znajduje syntezę Swej poprzedniej działalności społecznej. Bierze udział jako delegat Rządu Polskiego w Międzynarodowym Kongresie Hygjeny Psychicznej w maju ub. r. w Waszyngtonie — powraca ztamtąd zachwycony organizacją całego ruchu w Ameryce, zainteresowaniem i sympatjami społeczeństwa dla Niego oraz szeregiem pierwszorzędnych zagadnień, jakiemi się hygjena psychiczna zajmuje. Za Jego to głównie inicjatywą jeden dzień najbliższego Zjazdu Psychjatrów Polskich zostanie poświęcony zagadnieniom hygjeny psychicznej.

Specjalnie życzliwą opieką otaczał śp. prof. Piltz młodzież. Starał się z nią być w bliskim, bezpośrednim kontakcie. Młodzież odwdzięczała mu to wielkiem przywiązaniem i zaufaniem do Niego i w trudnych okresach swego życia organizacyjnego prosiła Go o kierownictwo i pomoc — tak np. było w najcięższych okresach budowy Domu Medyków, gdy Zmarły przez 2 lata był kuratorem Towarzystwa Bratniej Pomocy Medyków. Wydział Lekarski przez 2 ostatnie lata pod rząd wybierał Go dziekanem. Sprawy dziekańskie czynną naturę Zmarłego ogromnie absorbowały; zajmował się zwłaszcza ostatnio kwestją powiększenia ciasnych i szczupłych zakładów wydziału lekarskiego — posiadał już nawet pewien skonkretyzowany plan i rozpoczął już pierwsze kroki w tym kierunku, ale niestety zabrakło Mu czasu do realizacji tego szeroko pomyślanego planu.

Do prac odnoszących się do zakresu psychjatrji społecznej należy również ostatnia praca Zmarłego „O charakterze z punktu widzenia biologicznego". Śród grup, na jakie śp. prof. Piltz dzieli poszczególne cechy charakteru, wymienia On m. in. grupę cech fizjologiczno-psychicznych. Przez samą nazwę wskazuje tu śp. Autor, stojący stale na stanowisku biologicznem, że pewne cechy, jak wrażliwość, pobudliwość układu nerwowego, stopień spraw-

ności ruchowej, zdolność do tańców, do muzyki itd., są w równej mierze wyrazem właściwości fizjologicznych układu nerwowego, jak też właściwości psychicznych danego osobnika. Wspomniane określenie wpływu, jaki fizjologja układu nerwowego a nawet całego ustroju określonego człowieka wywiera na ukształtowanie się jego sylwetki psychicznej, jego charakteru, jest ważnym nowym szczegółem w biologicznem ujmowaniu charakteru. Powyższa praca o charakterze miała być równocześnie propagandą dla Instytutu Charakterologicznego — tego ideału śp. prof. Piltza, który z chwilą utworzenia przy Klinice oddziałiku dla dzieci psychopatycznych, nabierał cech coraz bardziej realnych.

Drugim ideałem, już sprowadzonym na teren rzeczywistości, ale wymagającym ciągle troskliwej i czujnej opieki, by wszystko należycie funkcjonowało — była Klinika. Nietylko zbudowanie Kliniki i zaopatrzenie jej w pierwszorzędne przyrządy naukowe i sprzęty, ale właśnie samo jej funkcjonowanie było przedmiotem troski i nieustannego czuwania śp. prof. Piltza. Zwracał przytem Zmarły wielką uwagę na pewne zewnętrzne strony życia klinicznego — jak czystość, porządek, grzeczne załatwianie rodzin chorych, z poszanowaniem ich czasu, jak wogóle czasu wszelkich interesentów Kliniki — dbał innemi słowy o te zewnętrzne formy, które są wyrazem wewnętrznego usprawnienia się i wewnętrznego ładu i porządku. I niczem nie można było zrobić śp. prof. Piltzowi większej przyjemności, jak wyrazami uznania dla Jego Kliniki, tej dla Niego tak bardzo osobistej instytucji, która od swego początku do końca była dziełem Jego osobistej inicjatywy, energji oraz nieskończonych zabiegów i starań. Dlatego słowa uznania dla Kliniki, a często nawet niekłamanego dla niej zachwytu ze strony lekarzy obcych, zwiedzających kliniki całej Europy, były źródłem wielkiej bezpośredniej radości Zmarłego i może one poczęści kultywowały wrodzoną Jego pogodę ducha i tak cechujący Go optymizm.

Ten zdrowy optymizm podsycał i żywił energję Zmarłego przy koniecznych, chwilowych niepowodzeniach, pobudzał Go do niedostępnej dla innych wytrwałości w dalszych zabiegach i staraniach — tak że ten niezwykle uprzejmy, delikatny i opanowany Człowiek Swą systematycznie rozplanowaną pracą pokonywał wreszcie wszystkie przeszkody i pożądany cel osiągał. Do każdej sprawy, którą uznawał za ważną, umiał się zapalić prawdziwie młodzieńczym zapałem. W tem rzadkiem połączeniu

żelaznej energji z uprzejmością, zrównoważeniem, delikatnością oraz ze zdolnością do zapału i optymizmu w pracy niełatwej, zmudnej i bez wyraźnych efektów leży urok tego niezwykłego Człowieka oraz Wybitnego Psychjatry i Neurologa.

* * *

Najważniejsze personalja z życia śp. prof. Dra. Jana Piltza.

Profesor Jan Piltz urodził się 15. 1. 1870 r. w Aleksandrowie (byłej gubernji warszawskiej). Po ukończeniu w Warszawie w r. 1888 gimnazjum realnego i uzyskaniu matury wyjechał na studja wyższe do Zurychu. W Szwajcarji złożył państwową szwajcarską maturę klasyczną — a w r. 1895 uzyskał stopień lekarza z prawem praktyki w Szwajcarji. Podczas studjów lekarskich przez rok pracował w charakterze koasystenta przy katedrze anatomji i histologji prof. Stoehra, następnie przez 2 lata w charakterze koasystenta w zakładzie anatomji mózgu u prof. Monakowa, wreszcie po ukończeniu studjów został asystentem przy katedrze psychjatrji u prof. Forela. Po r. 1896 był przez 1 i pół roku asystentem przy Klinice Psychjatrycznej prof. Olivet a potem jego następcy prof. Martina w Genewie. Z Genewy, w celu umożliwienia sobie w przyszłości powrotu do kraju, wyjechał do Rosji, gdzie w Petersburgu złożył dopełniający do realnej matury w Warszawie egzamin z łaciny i greki, następnie w Kazaniu uzyskał dyplom lekarski i później w Petersburgu w Wojskowej Akademji Medycznej tytuł doktora medycyny. W Petersburgu przez pół roku pracował w Klinice Neurologiczno-Psychjatrycznej u prof. Bechterewa. W r. 1898 z Petersburga został powołany przez prof. Bleulera, który w tym czasie objął katedrę psychjatrji po prof. Forelu, na pierwszego asystenta Kliniki Psychjatrycznej w Zurychu — a następnie przez rząd kantonalny kantonu Vaud na wice-dyrektora Psychjatrycznej Kliniki w Lozannie.

W r. 1900 z Lozanny wyjechał prof. Piltz do Paryża, gdzie przez rok pracował w Klinice chorób nerwowych prof. Déjerine'a w Salpétrière. W r. 1901 powrócił do Warszawy, gdzie osiadł na stałe jako specjalista chorób nerwowych i umysłowych. W r. 1902 uzyskał w Miejskim Szpitalu Praskim stanowisko ordynatora i kierownika oddziału chorób nerwowych, który sam w tym

szpitalu stworzył. Równocześnie pełnił obowiązki konsulenta-psychjatry przy kolei warszawsko-wiedeńskiej.

W r. 1904 na podstawie dysertacji pod tytułem „Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moëlle épinière" uzyskał stopień doktora medycyny Uniwersytetu w Lozannie.

23. IV. 1905 prof. Piltz został powołany na Uniwersytet Jagielloński w charakterze nadzwyczajnego profesora neuropatologji i psychjatrji. W Krakowie najpierw organizuje ambulatorjum dla chorób nerwowych, które chwilowo zostało umieszczone w 3 pokojach suteryn Kliniki Okulistycznej prof. Wicherkiewicza. Równocześnie prof. Piltz rozpoczął starania nad budową Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej. Budowa Kliniki rozpoczęła się w r. 1908 a ukończoną została w lipcu 1914. W sierpniu 1914 z powodu wybuchu wojny światowej Klinika zaczęła być czynną jako oddział nerwowo-psychjatryczny klinicznego szpitala fortecznego. Stan ten trwał do listopada 1918. Od 1. I. 1919 prof. Piltz organizuje Klinikę w tej postaci, w jakiej dotrwała dotychczas, dla chorych cywilnych. Od r. 1905 prof. Piltz przyjmował żywy udział w pracach przygotowawczych nad budową krajowego zakładu dla umysłowo chorych w Zachodniej Galicji (w Kobierzynie). W r. 1911 piastuje godność prezesa Krakowskiego T-wa Lekarskiego. W r. 1912 został mianowany profesorem zwyczajnym neuropatologji i psychjatrji. W grudniu 1919 został zamianowany członkiem korespondentem zagranicznym T-wa Neurologicznego w Paryżu.

Prof. Piltz został wybierany dziekanem w r. 1916, 1929 i 1930; godność dziekana piastował ostatnio. W r. 1930 został mianowany członkiem korespondentem król. brytyjskiego T-wa Medyczno-Psychologicznego w Londynie.

W maju 1930 r. został delegowany z ramienia rządu na Międzynarodowy Kongres Hygjeny Psychicznej w Waszyngtonie.

Dn. 26. XI. 1930 zmarł nagle, najprawdopodobniej na skutek zatoru tętnicy płucnej po operacji usunięcia kamienia z moczowodu.

*
* *

Prace śp. Prof. Dra. Jana Piltza.

1) O odruchach źrenic występujących przy skupianiu uwagi. Gaz. Lek. 899.
Ueber Aufmerksamkeitsreflexe der Pupillen. N. Centrbl. 1899.

2) O nowych zjawiskach źrenicowych. Gaz. Lek. 1899.
Ueber neue Pupillenphänomene. Neur. Centrbl. 1899.
3) Ueber Hirnrindencentrum für einseitige contralaterale Pupillenverengerung (beim Kaninchen). Neur. Centrb'. 1999.
4) Ueber Vorstellungsreflexe bei Blinden. Neur. Centr. 1899.
5) Weitere Mitteilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. NC. 899.
6) Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse. Neur. Centr. 1900.
7) Weitere Mitteilungen über die beim energischen Augenschluss stattfindende Pupillenverengerung. Neur. Centr. 1900.
8) Sur les nouveaux signes pupillaires dans les tabes dorsal. Rev. N. 1900.
9) Przyczynek do badań nad szlakami ośrodkowemi nerwów okoruchowych. Polska Gaz. Lek. 1901.
Contribution à l'étude des voies centrales des nerfs de l'oeil. R. Neur. 1900.
10) Ueber centrale Augenmuskelnervenbahnen. Neur. Centr. 1902
11. O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych. Gaz. Lek. 1902.
Sur l'importance diagnostique des irrégularités da la forme des pupilles au cours des maladies nerveuses organiques. Gazette Méd. 1902.
Ueber den diagnostischen Wert der Unregelmässigkeiten des Pupillenrandes bei organischen Nervenkrankheiten. Neur. Centr. 1903.
12. O paradoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło. Gaz. Lek. 1902.
13) Die paradoxe Pupillenreaktion und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. Neur. Centr. 1902.
14) Nowy aparat do fotografowania ruchów źrenicy. Przegl. Lek. 1904. Wspólnie z inż. Lebiedzińskim.
Ein neuer Apparat zum Photographieren der Pupillenbewegungen. NC. 1902.
15) Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moëlle épinière. Thèse de doctorat. 1904.
Ein Beitrag zur Kenntnis der Dissociation der Temperatur-

und Schmerzempfindung bei Verletzungen u. Erkrankungen des Rückenmarks. Neur. Centr. 1905.

16) Stanowisko psychjatrji w rzędzie innych nauk lekarskich oraz nowoczesne jej zadania i cele. Przegląd Lek. 1905.

17) Ein Beitrag zum Studium der Dissociation der Temperatur- und Schmerzempfindung bei Verletzungen des Rückenmarks. Arch. f. Psych. u. Neur.

18) W sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w zachodniej Galicji. Przegląd Lek. 1906.

19) O porażeniach czucia we wczesnych okresach porażenia postępującego. Przegląd Lek. 1906. Nr. 12.
Sensibilitätsstörungen bei Paralysis progressiva incipiens. Neur. C. 906. Nr. 15. Wien. therapeutisch - klin. Wochenschrift 1906 Nr. 43.

20) Schematy obwodowego, rdzeniowego i mózgowego unerwienia skóry. Schematy do oznaczenia zaburzeń czucia. Cz. I, II i III. 1907. Księgarnia Krzyżanowskiego.

21) Poszukiwania nad topografją korowych ośrodków ruchów źrenicy. Rocznik Lekarski 1907.
Experimentelle Untersuchungen über die Topographie der kortikalen Pupillenbewegungscentren. Jour. f. Psych. u. Neur. 1908.

22) Nowe spostrzeżenia w dziedzinie zaburzeń czucia w niektórych chorobach nerwowych. Przegląd Lek. 1908. Nr. 39.

23) Pilna sprawa sanitarna. Kraków 1910. Drukarnia „Czasu".

24) Zaburzenia nerwowe i psychiczne spostrzegane podczas mobilizacji i w czasie wojny. Przegląd Lek. Kraków 1915. Nr. 3.

25) Prof. Dr. St. Domański — Wspomnienie pośmiertne. Kraków, Druk. Jagiell.

26) Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach wojennych i ich leczeniu. Przegląd Lek. Nr. 48.

27) O homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych. Przegląd Lek. Nr. 20. Kraków.
Ueber homologe Heredität bei Zwangsvorstellungen. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. XLIII. H. I, 2 Berlin.

28) Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresji perjodycznej i manji perjodycznej. Przegl. Lek. 44.

29) Pilne zadania społeczne na polu neurologji i psychjatrji. Druk. Anczyca. Kraków.

30) Główne zasady organizacji służby neurologiczno-psychjatrycznej w armji polskiej. Drukarnia Anczyca, Kraków.
31) Quelques observations et remarques concernant la symptomatologie de l'encéphalite choreiforme et léthargique. Revue Neur. Paris.
32) Wspólnie z Drem St. Pieńkowskim — O odrębnych instytutach do badań mózgu. Nauka Polska. Wydawn. Kasy im. Mianowskiego, Warszawa.
33) Quelques remarques sur l'hérédité homologue dans les cas de dépression périodique. Revue Neurologique, Paris 1925.
34) Kilka luźnych spostrzeżeń i uwag z zakresu symptomatologji śpiączki pląsowiczej i nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica). Przegląd Lekarski Nr. 1, 2.
35) Przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu. Przegląd Lekarski Nr. 3. Kraków.
36) Uwagi o przepisach prawnych dotyczących kwestji niepoczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających. Przegląd Lek. Nr. 7. Kraków.
37) O stanach psychopatologicznych występujących w życiu jednostkowem i takich, które się powtarzają przez szeregi pokoleń. P. Czas. Lek. 7.
38) Quelques observations et remarques générales sur les états psychopathologiques dans la vie individuelle et ceux qui se répètent dans les cours des générations. Archives Suisses de Neur. et de Psych. Zurich.
39) Quelques remarques sur les troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques. Revue Neur. Paris.
40) O bezpośredniem dziedziczeniu pewnych stanów psychopatologicznych. Polska Gazeta Lekarska 1929.
41) O charakterze (z biologicznego punktu widzenia). Przegląd Współczesny 1930.



Ś. p.

Artur Starzyński

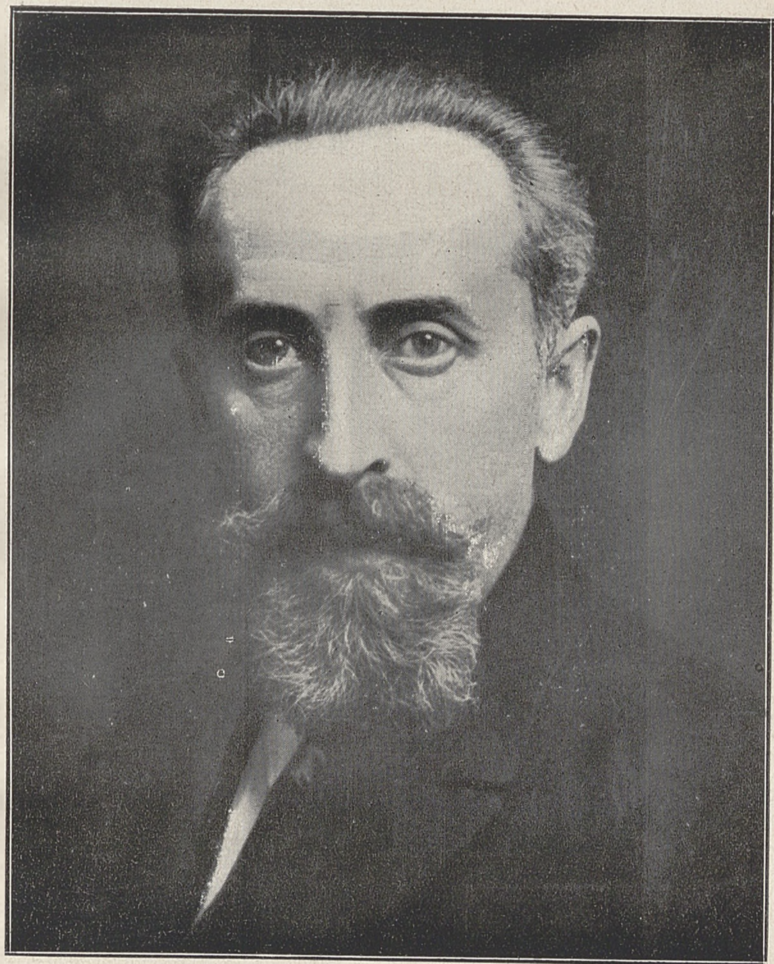
urodzony w 1885 r., po ukończeniu łódzkiego gimnazjum filologicznego, wstępuje na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, wkrótce jednak przenosi się na tenże wydział do Krakowa, gdzie w r. 1911 uzyskuje dyplom lekarski.

Po ukończeniu studjów pracuje w „Kochanówce" pod kierownictwem ówczesnego dyrektora, Dra Chodźki, od lipca 1911 do 1913 r., jako ordynator. Tu pisze pierwszą swą pracę o odczynie bensaldehydowym. — W międzyczasie (rok 1912) w celu otrzymania prawa praktyki składa egzamin państwowy w uniwersytecie kazańskim.

Powołany pod koniec roku 1913 do odbycia służby wojskowej w armji rosyjskiej, pełni tę służbę i w czasie wojny światowej, jużto jako lekarz, już to jako starszy lekarz sanitarnych punktów ewakuacyjnych.

W grudniu 1918 r. wraca do kraju. Sterany trudami wojny, bez namysłu wstępuje do Armji Polskiej, by nieść ofiarnie pomoc w szeregach Służby Zdrowia. — Początkowo jako lekarz naczelny 32 p. p. w Ciechanowie, a następnie przeniesiony do Łodzi na stanowisko dowódcy szpitala wojskowego No 2. Niezmordowany w pracy znajduje tutaj czas, by wspólnie ze śp. Drem Leybergiem opracować i ogłosić drukiem pracę: „Powikłania ze strony układu nerwowego przy kile wczesnej w związku z płynem mózgowo-rdzeniowym".

W roku 1921 opuszcza szeregi armji i przechodzi na stanowisko lekarza sejmiku łódzkiego. W dwa lata później zostaje inspektorem sanitarnym m. Łodzi. W tym czasie ogłasza szereg prac, poświęconych sprawom sanitarnym i walce z chorobami infekcyjnemi. — Obszerniejszą pracę: „Wyniki stosowania szczepień przeciwdurowych metodą Besredki" umieścił w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" w 1927 r. Przyjmuje bardzo czynny udział w życiu społecznem m. Łodzi, pracuje w Związku Lekarzy P.P., Łódzkiem Twie. Lekarskiem, Kole im. Marcinkowskiego, Czerwonym Krzyżu, Kropli Mleka.



Ś. P.
DYR. DR. A. STARZYŃSKI

W 1924 r. organizuje Zjazd Działaczy Sanitarnych. — W roku 1926 zostaje delegowany z Polski na Międzynarodowy Zjazd Lekarzy Samorządowych, zorganizowany przez Sekcję Hygjeny przy Lidze Narodów. — W związku z tem pisze kilka prac: „Walka z chorobami zakaźnemi“, „Opieka nad bezdomnymi w Anglji“, „Zgony na gruźlicę w Anglji i w Polsce“ oraz wiele prac pomniejszych, ogłaszanych drukiem w prasie lekarskiej i codziennej. — Pomimo to praca na tem polu nie daje Mu zadowolenia. Niezatarte wspomnienia pierwszych kroków lekarskich, stawianych w „Kochanówce“, ożywają na nowo. Co raz częściej marzy o powrocie do pracy w dziedzinie psychjatrji. To też kiedy w 1928 r. ogłoszono konkurs na stanowisko Dyrektora „Kochanówki“, staje do niego i uzyskuje pożądany warsztat pracy. Powołany na to stanowisko, dąży niezłomnie do wskrzeszenia chlubnej tradycji szpitala, kiedy to „Kochanówkę“ nazywano kolebką psychjatrji polskiej; przezwycięża uparcie przeciwności, powoli przeprowadza reorganizację szpitali i administracji. Niewiele jednak pozostaje Mu czasu na pracę naukową, zawsze z żalem wspomina, że „tyle, tyle jeszcze do opracowania“. Dużo czyta, pisze, streszcza, by później na posiedzeniach naukowych podzielić się z nami. Organizuje posiedzenia Twa. Lekarskiego w szpitalu „Kochanówka“, sam często na nich zabierając głos.

Na zdrowiu jednak zaczyna podupadać, co zmusza Go do ograniczenia intensywnej pracy; mimo to organizuje Zjazd Psychjatrów — jest, zdawałoby się, niespożyty.

Nadszedł listopad słotny, stan zdrowia coraz się pogarsza; do ostatnich chwil nieomal kieruje jednak szpitalem, interesując się tokiem życia jego i myśli stale o zmianach, któreby przyczyniły się do rozwoju „Kochanówki“.

Aż wreszcie śmierć nieubłagana wytrąciła Mu z rąk kierownictwo chlubnej placówki.

Dnia 26 listopada 1930 r. nie stało już między nami
śp. Artura Starzyńskiego.

Pamięci Jego Cześć!

Bogumił Guntarski.

Prace Oryginalne.

O nakłuciu zbiornika móżdżkowo—rdzeniowego.

(Punctio suboccipitalis).

Podał Dr. med. Dr. phil. E. BOCZKOWSKI (Poznań).

W roku 1925 wskutek propozycji specjalisty neurologa ś. p. Dr. W. Skoczyńskiego oraz chirurga Dr. E. Parczewskiego z Poznania opracowałem na zwłokach dogodny dostęp do zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego (cysterna cerebello-medullaris) w celu jego nakłucia. W swym wykładzie p. t. „Chirurgja ropni mózgowych", wygłoszonym w r. 1925-ym na 12-ym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie, przedstawił Dr. Parczewski wyniki mych doświadczeń nad nakłuciem podpotylicznem i zalecił opracowany przezemnie, poniżej podany sposób nakłucia.

Metodę tę opracowałem celem ułatwienia techniki nakłucia podpotylicznego i zabezpieczenia chorego od powikłań, które mogą przy zastosowaniu tego zabiegu powstać.

Nakłucie podpotyliczne z wielu przyczyn staje się z biegiem czasu zabiegiem nietylko koniecznym w celach rozpoznawczych, lecz również zabiegiem leczniczym. Ułatwienie oraz zabezpieczenie przed powikłaniami techniki operacyjnej nakłucia zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego udostępnia pobieranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badania laboratoryjnego oraz wstrzykiwanie jodipiny do kanału kręgowego celem wykonania myelografji lub encefalografji; pozatem nakłucie podpotyliczne może być również zabiegiem leczniczym, n. p. w celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez wypuszczenie pewnej ilości płynu mózgowo rdzeniowego (jeśli nie uda się to uskutecznić zapomocą nakłucia lędźwiowego wskutek zrostów, ew. innych przeszkód), lub w celu wprowadzenia do jamy czaszki różnego rodzaju surowic i leków.

Według poniżej podanego sposobu Dr. Skoczyński oraz Dr. Parczewski wykonali szereg nakłuć podpotylicznych, stale z dobrym wynikiem oraz bez poważniejszych powikłań, a też i w wypadkach, przeprowadzonych przezemnie osobiście, też poważniejszych powikłań dotychczas nie stwierdziłem. Niejednokrotnie powikłania przy nakłuciu podpotylicznem mogą

być uzależnione od ogólnego stanu chorego lub charakteru cierpienia.

Dla dokładnego uprzytomnienia sobie drogi, prowadzącej do móżdżkowo-rdzeniowego zbiornika płynu mózgowo-rdzeniowego, winniśmy przypomnieć budowę anatomiczną okolicy podpotylicznej, wchodzącej w skład okolicy karkowej i to przynajmniej w ogólnym zarysie.

Okolica karku nosi charakter okolicy owłosionej w swej górnej części, a więc przy potrzebie wykonania zabiegu nakłucia podpotylicznego należy dokładnie wygolić nawet i okolicę potyliczną wraz z okolicą karku. Okolica karkowa zawiera grubszą warstwę silnych mięśni karku, otoczonych przez własne omięsne i wspólną listewkę powięzi karkowej. Po obu stronach wyrostków kolczystych kolumny szyjnej kręgosłupa stwierdzamy w okolicy karkowej parzyste mięśnie, jak: mięśnie czworoboczne, m. m. płatowate głowy, m. m. półkolcowe głowy i szyi oraz mięśnie głębokie kręgosłupa.

Powyższe mięśnie znajdują się albo między kością potyliczną czaszki oraz obręczą barkową i wyrostkami kolczystemi części piersiowej kręgosłupa (m. czworoboczny), albo pomiędzy kością potyliczną i kością skroniową z jednej strony, a wyrostkami kolczystemi szyjno-piersiowej części kręgosłupa (m. płatowaty), oraz również pomiędzy kością potyliczną a wyrostkami kolczystemi kręgów szyjnych i górnych piersiowych (m. półkolcowy głowy i szyi). Najwięcej nas interesujące mięśnie okolicy podpotylicznej, t. j. mięśnie proste głowy tylne wielkie oraz małe, m. m. proste głowy boczne, m. m. skośne głowy górne i dolne, znajdują się pomiędzy kością potyliczną czaszki a wyrostkami poprzecznemi kręgu szczytowego i guzkiem tylnym kręgu szczytowego oraz wyrostkiem kolczystym kręgu obrotowego. Pozostałe mięśnie okolicy karkowej nie posiadają dla nas w danym wypadku poważniejszego znaczenia praktycznego.

Wszystkie listewki powięziowe łączą się ze sobą w linji środkowej karku, wchodząc w skład więzadła karkowego, które przebiega od guzowatości potylicznej zewnętrznej i linij chropawych potylicy ku dołowi i wzdłuż wyrostków kolczystych części szyjnej kręgosłupa i przechodzi następnie po opuszczeniu dolnej granicy karku w więzadło nadkolcowe grzbietu. Opisane więzadło karkowe dzieli sobą parzyste mięśnie karkowe.

Droga do zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego prowadzić winna przez opisane powyżej więzadło karku, t. j. pomiędzy przyśrodkowemi brzegami m. m. czworobocznych, półkolcowych głowy, m. m. prostych tylnych małych aż do błony szczytowo-potylicznej tylnej, rozciągniętej pomiędzy częścią tylną krawędzi otworu potylicznego czaszki na przestrzeni pomiędzy tyłnemi częściami kłykci potylicznych, a górną krawędzią tylnego łuku kręgu szczytowego. Po przebiciu ostatnio wymienionej błony szczytowo-potylicznej droga prowadzi do części podpotylicznej kanału kręgowego. Wspomniana błona jest wiotką i rozciąga się przy pochylaniu głowy ku przodowi, t. j. przy zwiększaniu przestrzeni pomiędzy tylnym brzegiem otworu potylicznego a tylnym łukiem kręgu szczytowego.

W okolicy karkowej przebiegają rozgałęzienia parzyste tętnicy i żyły potylicznych oraz tętnicy i żyły kręgowych. Tętnica potyliczna jest gałązką tętnicy szyjnej zewnętrznej, która przebiega ku tyłowi w stronę karku, gdzie po wyjściu z rówka potylicznego kości skroniowej podchodzi pod mięsień najdłuższy głowy i płatowaty głowy, przebiegając ponad mięśniem skośnym głowy górnym i dochodzi do przyśrodkowego brzegu mięśnia płatowatego głowy. Tu tętnica potyliczna wznosi się ku górze, przebijając po drodze wspólne ścięgno mięśni czworobocznego i mostkowoobojczykowosutkowego; po przebiciu tych mięśni tętnica potyliczna rozdziela się na szereg gałązek potylicznych, zespalających się z tętnicami: uszną tylną, skroniową oraz czołową. Jedna z gałązek mięśniowych tętnicy potylicznej **zstępuje w obręb karku pomiędzy jego głębokie mięśnie.**

Przy zabiegach operacyjnych w okolicy karkowej, a w naszym wypadku podpotylicznej, posiada również znaczenie topograficzne tętnica kręgowa, gałąź tętnicy podobojczykowej, która po wyjściu z trójkąta Waldeyera wchodzi do otworu we wyrostku poprzecznym Chasseignac'a, przebiega przez kanał w wyrostkach poprzecznych kręgów szyjnych, a następnie kieruje się w stronę guzka tylnego kręgu szczytowego, przebiegając przez trójkąt podpotyliczny obok nerwu podpotylicznego. Tętnica kręgowa przebija następnie błonę szczytowo-potyliczną tylną wraz z oponą twardą i wstępuje do jamy czaszki celem odżywiania mózgu. Od tętnicy kręgowej odbiega szereg gałązek mięśniowych dla unaczynienia głębokich mięśni karku.

Niekiedy od tętnicy kręgowej może odbiegać również nietypowa, niestała gałązka tętnicza, cofająca się z kanału kręgowego przez błonę szczytowo - potyliczną tylną do okolicy podpotylicznej; ta nieparzysta gałązka po przebiciu tylnej błony szczytowopotylicznej wychodzi z kanału kręgowego w obręb okolicy podpotylicznej, przechodzi pomiędzy mięśniami prostemi głowy tylnemi małemi, **wznosi się wzdłuż linji środkowej karku ku górze** w stronę okolicy potylicznej pomiędzy przyczepami mięśni półkolcowych głowy i m. m. czworobocznych. O powyższej gałązce tętniczej nie należy zapominać przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych w okolicy podpotylicznej, a zwłaszcza podczas wykonania nakłucia zbiornika móżdżkowo - rdzeniowego.

Pozatem okolicę mięśni karkowych unaczynia również szereg końcowych gałązek tętnicy poprzecznej szyi, która odchodzi obustronnie od tętnicy podobojczykowej pomiędzy mięśniami pochyłemi szyi, przechodzi pomiędzy pniami nerwowemi splotu barkowego, podchodzi pod mięśnie czworoboczne, oddając szereg końcowych gałązek tętniczych do przyległych mięśni, aż wreszcie kończy się jako gałązka zstępująca i wstępująca, z których ostatnia odżywia głębokie mięśnie karku.

Układ żylny okolicy karkowej jest nieco powikłany. Należy głównie zapamiętać, że w obrębie trójkąta tętnicy kręgowej znajduje się tylny żylny splot szyjny, połączony z wewnątrzczaszkowemi zatokami żylnemi opony twardej mózgu oraz z żyłami kręgową, potyliczną i szyjną wewnętrzną. Splot żylny kręgosłupa zewnętrzny, leżący w naszej okolicy na części karkowej kręgosłupa, łączy się zespoleniami ze splotem żylnym kręgosłupa wewnętrznym, położonym w obrębie kanału kręgowego.

Przewody chłonne okolicy potylicznej prowadzą przeważnie do gruczołów chłonnych potylicznych i szyjnych głębokich.

Nietylko szemat unaczynienia naszej okolicy przez naczynia krwionośne posiada znaczenie przy wykonywaniu znieczulenia okolicy karkowej oraz nakłucia zbiornika móżdżkowo - rdzeniowego, lecz niemniejsze znaczenie dla wykonania celowego znieczulenia okolicy podpotylicznej posiada położenie i przebieg pni i gałązek nerwowych, unerwiających powyższą okolicę czuciowo i ruchowo.

Największym pniem nerwowym okolicy karkowej jest nerw potyliczny większy, który odbiega jako gałązka tylna od pnia nerwowego szyjnego drugiego (C2). Nerw ten otacza dolny

brzeg mięśnia skośnego głowy dolnego i wznosząc się ku górze po przebiciu mięśnia półkolcowego głowy oraz części ścięgnistej mięśnia czworobocznego grzbietu rozdziela się wachlarzowato na zespół gałązek końcowych. Nerw potyliczny większy jest nerwem mieszanym i szereg jego gałązek ruchowych unerwiają mięśnie płatowate głowy i szyi, mięśnie głowy półkolcowy i najdłuższy oraz mięsień skośny głowy dolny; gałązki skórne, czuciowe tego nerwu unerwiają skórę w okolicy potylicznej głowy. Pozatem istnieją jeszcze gałązki nerwowe, zespalające opisany nerw z nerwami od C1 — C3.

Z trójkąta tętnicy kręgowej przechodzi tylna, ruchowa gałązka nerwowa, odbiegająca od pierwszego korzonka nerwowego szyjnego — t. zn. nerw podpotyliczny, który po wyjściu z trójkąta podpotylicznego dzieli się na szereg gałązek, unerwiających m. półkolcowy głowy oraz krótkie mięśnie głowy głębokie proste i skośne; od tego nerwu w kierunku stawu szczytowopotylicznego odbiega mniejsza gałązka czuciowa.

Od pnia 3-go nerwu szyjnego odchodzi tylna gałązka nerwowa, t. zw. nerw potyliczny trzeci, którego przyśrodkowa gałązka przebiega w kierunku części potylicznej głowy, gdzie po przejściu przez ścięgno mięśnia czworobocznego unerwia skórę.

Ku dołowi od okolicy podpotylicznej przebiegają gałązki nerwowe od C4, unerwiające niżej położone części okolicy karkowej.

Przewody chłonne okolicy potylicznej prowadzą przeważnie do gruczołów potylicznych i szyjnych głębokich.

Jamę kanału kręgowego oddziela od strony tylnej od grupy mięśni karku błona szczytowopotyliczna. Ścianę kanału kręgowego wyściela opona mózgowordzeniowa twarda, pod którą w miejscu pomiędzy tylną krawędzią otworu potylicznego, a górną krawędzią tylnego łuku kręgu szczytowego, znajduje się przestwór pajęczynowaty móżdżkowordzeniowy, w którym skupia się większa ilość płynu mózgowordzeniowego. Posuwając się w powyższym przestworze ku górze i jednocześnie ku przodowi, t. zn. w stronę otworu Magendiego, wkraczamy w obręb czwartej komory mózgu, w dnie której znajdują się niezbędne dla życia jądra nerwów mózgowych, których uszkodzenie może łatwo spowodować zejście śmiertelne lub conajmniej poważniejsze powikłania, wymagające natychmiastowej pomocy.

Przy znieczulaniu okolicy karkowej przed nakłuciem zapomocą zastrzykiwania nowokainy należy wobec powyższego przestrzegać pewnych ostrożności, ponieważ przy nieodpowiedniem głębokiem znieczuleniu mogą ulec znieczuleniu również wpomniane ośrodki życiowe.

Po przypomnieniu anatomji okolicy nakłucia podpotylicznego, można przystąpić do omówienia techniki tego nakłucia.

Po należytem umyciu rąk (jak do większej operacji) i odpowiedniem przygotowaniu chorego (wygolenie tylnej części głowy i okolicy karku, zapobiegawczy ochronny opatrunek aseptyczny lub antyseptyczny) należy przeprowadzić ołówkiem anilinowym dwie linje, krzyżujące się pod kątem prostym:

linję pionową: łączącą guzowatość potyliczną zewnętrzną z wystającym wyrostkiem kolczystym 7-go kręgu szyjnego; linja ta winnna przebiegać wzdłuż wszystkich wyrostków kolczystych kręgów karkowych; oraz

linję poziomą, która łączy tylne — dolne brzegi wyrostków sutkowych kości skroniowej (p. rysunki załączone).

Linje powyższe należy przeprowadzić w pozycji przodozgięcia części szyjnej kręgosłupa, przyczem chory winien opierać się przedramionami o stół operacyjny celem unieruchomienia tej pozycji głowy i szyi.

W miejscu skrzyżowania tych linij wykonuje się nakłucie podpotyliczne.

Powyższe określenie miejsca nakłucia jest najwięcej typowem dla wszelkiego rodzaju odmian budowy antropologicznej czaszki ludzkiej. Przy wielkiej wprawie możnaby ewentualnie przeprowadzić powyższe linje teoretycznie, lecz dla typowego wykonania tego zabiegu można wyrysowanie opisanych linij zalecić.

Na zasadzie mych doświadczeń na zwłokach ludzkich oraz przy wykonywaniu nakłucia u chorych, stwierdziłem, iż grubość mięśni karku aż do przestworu móżdżkowordzeniowego wynosi zwykle od 4,5—5,5 cm. czyli średnio około pięciu cm.

Igła powinna zatem posiadać odpowiednią długość i winna być u końca spiłowaną nieco na tępo oraz w miejcu odpowiadającem 5 cm. od jej ostrza winno się znajdować oznaczenie w postaci nadpiłowania poprzecznego. Ew. zaleca się włożyć do instrumentarjum graduowaną centymetrową linijkę metalową.

W celu należytego wykonania nakłucia podpotylicznego (w pozycji siedzącej oraz leżącej chorego) **głowa chorego winna się znajdować w pozycji jaknajwiększego przodozgięcia względem tułowia.** W tej pozycji tylna błona szczytowopotyliczna jest jaknajwięcej napięta, tak, iż przekłucie jej podczas zabiegu odczuwa się bardzo wyraźnie.

Po dokładnem wyrysowaniu poprzednio podanych linij należy ponownie umyć ręce oraz zajodynować okolicę karku w celach dezinfekcyjnych i odgraniczyć okolicę zabiegu zapomocą sterylizowanych chust operacyjnych. Przy tym zabiegu należy przestrzegać ściślejszej aseptyki, ponieważ opony mózgowe są wrażliwsze na zakażenie niż błony surowicze jam tułowia (otrzewna, opłucna, osierdzie).

Następnie przeprowadza się znieczulenie okolicy podpotylicznej zapomocą pół — procentowego rozczynu nowokainy (w ilości do czterech strzykawek po jeden-dwa gramy); u osobników bardzo wrażliwych można użyć jedno-procentowej nowokainy w ilości do czterech strzykawek jedno-dwu-gramowych. Przy dokładnem znieczulaniu, racjonalnem w stosunku do unerwienia okolicy karkowej, można wywołać zupełne znieczulenie powyższej okolicy, nie przekraczając podanej ilości nowokainy, i to bez dodatkowego podania morfiny. Według mego zdania ogólne znieczulanie wyłącznie zapomocą preparatów morfiny nie byłoby zasadniczo wystarczającem i typowem, biorąc pod uwagę subjektywne wrażenie bólu i bodźce psychiczne oraz naogół nierzadką idjosynkrazję do morfiny, oraz jej preparatów.

Dyr. Al. Piotrowski - Dziekanka proponuje znieczulenie w formie następującej: wstrzykuje 1—2 kropel rozczynu 1% nowokainy pod naskórek cienką igiełką i otrzymuje znieczulenie naskórka; potem wkłuwa długą igłę prostopadle przez bąbelek powstały z poprzedniego zastrzyku i zagłębia ją powoli, stopniowo, wpychając po kropelce rozczynu aż do końca. Tym sposobem znieczula kanał do właściwego nakłucia. Zwykle wystarczy jedna jednogramowa strzykawka do znieczulenia; zużywa się mniej nowokainy, co odgrywa ważną rolę w przypadku hypertensji.

Należy się jednak, jak już poprzednio zaznaczyłem, wystrzegać przy znieczulaniu okolicy podpotylicznej znieczulenia dróg nerwowych, przebiegających w rdzeniu kręgowym, oraz ośrodków nerwowych, położonych w obrębie dołu czworobocznego czwartej komory mózgowej.

Po dokonaniu znieczulenia okolicy podpotylicznej karku należy dokładnie ustalić potrzebną dla prawidłowego wykonania nakłucia pozycję ciała chorego.

Jeśli punkcję podpotyliczną trzeba wykonać w pozycji leżącej (ze względu na ogólną słabość badanego, ewent. z innych przyczyn), należy chorego położyć najlepiej na lewy bok, a pod głowę oraz okolicę karkową podłożyć wałek w ten sposób, by linja wyrostków kolczystych kręgów szyjnych tworzyła wraz z guzowatością potyliczną zewnętrzną kości potylicznej i wystającym wyrostkiem kolczystym siódmego kręgu szyjnego — linję prostą. Głowę należy utrzymać w pozycji jaknajwiększego pochylenia ku przodowi.

W pozycji siedzącej nakłucie daje się wykonać daleko łatwiej i pewniej. Chory siedzi na krześle tuż przed stołem operacyjnym i opiera głowę (a zatem również tułów) na ułożonych obok siebie przedramionach, na których spoczywa czołowa okolica głowy. W tej pozycji uzyskuje się dostateczne oparcie dla głowy i tułowia oraz możliwość utrzymania pozycji jaknajwiększego przodozgięcia głowy względem tułowia przez dłuższy czas i jednocześnie umożliwienia swobodnego oddychania, gdyż górne drogi oddechowe są wolne i na okolicę klatki piersiowej niema ucisku.

Głowę można również opierać na wałku względnie na podwójnie złożonej poduszce, którą chory może rękoma podtrzymywać. Pozatem zalecam, by podczas wykonania nakłucia pomocnik uważnie utrzymywał głowę we wymienionej pozycji, podczas gdy drugi pomocnik winien utrzymywać ręce chorego w stanie spokoju.

Podczas wyczekiwania na skutki działania nowokainy, poza dokładnem ustalaniem pozycji ciała badanego, można też napełnić strzykawkę jodipiną, ewentualnie lipojodiną, i po nastaniu znieczulenia (mniejwięcej po 10—15 minutach po dokonaniu znieczulenia) przystąpić do wykonania zabiegu.

Ostrożnie wkłuwamy przeznaczoną do nakłucia odpowiednią igłę w miejscu skrzyżowania przeprowadzonych linij, a zarazem mniejwięcej pionowo w stosunku do płaszczyzny powierzchni skóry.

Powolnie przeprowadzając igłę poprzez warstwę więzadła karkowego, pomiędzy jednoimiennemi mięśniami okolicy karkowej, wyczuwa się wreszcie jakby przekłucie warstwy więcej sprężystej, t. j. opór, wskazujący na moment wyjścia ostrza igły z więzadła karkowego. Wspomniane miejsce odpowiada na igle mniejwięcej

4 — 4,5 cm odległości od końca zaostrzonego igły (zależnie od grubości mięśni karku oraz warstwy tkanki tłuszczowej podskórnej).

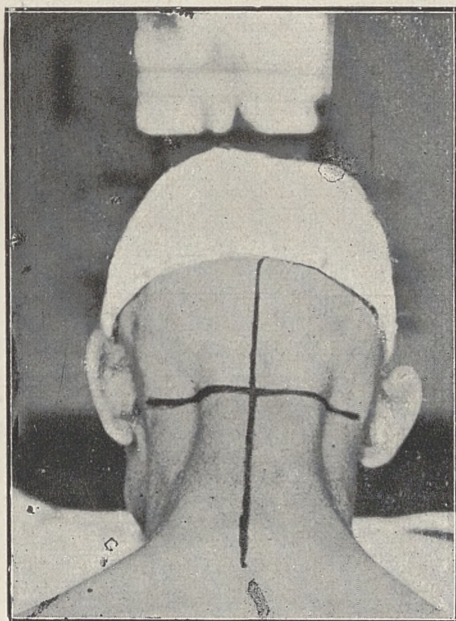
Następnie, po ostrożnem dalszem wkłuwaniu igły wgłąb, mniejwięcej pół do jednego centymetra (t. j. najdalej i ostatecznie od ostrza igły do pięciu — pięciu i pół centymetra wspólnie z pierwszem posunięciem), wyczuwa się wyraźnie przekłucie napiętej błony szczytowopotylicznej tylnej wraz z oponą twardą i pajęczynowatą rdzenia. Miejsce to odpowiada około pięciu cm. długości od ostrza igły.

Ostrze igły już znajduje się w przestworze podpajęczynowatym móżdżkowordzeniowym!!

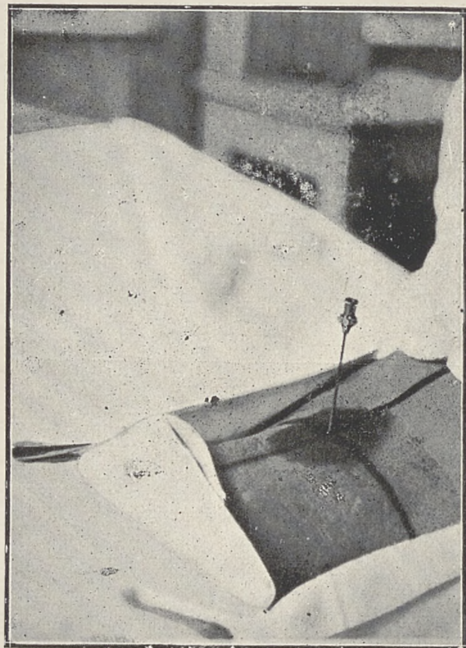
W niektórych, naogół niezbyt rzadkich wypadkach, płyn mózgowordzeniowy nie odpływa z przestworu przez światło igły samoistnie. Przy wykonaniu nakłucia podpotylicznego w pozycji leżącej chorego płyn mózgowordzeniowy naogół wycieka ze światła igły w dość żywem tempie (o ile ogólne lub miejscowe zmiany patologiczne nie stanowią przeszkody); ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w pozycji leżącej jest na całej przestrzeni kanału kręgowego mniejwięcej jednakowe.

Natomiast w pozycji siedzącej chorego, płyn mózgowordzeniowy niezawsze samoistnie wycieka, lub wycieka naogół w tempie powolniejszem. O ile płyn nie wycieka (dość często), należy po upewnieniu się, iż ostrze znajduje się w przestworze podpajęczynowatym móżdżkowo-rdzeniowym (zapomocą pomiaru pozostałego ponad poziomem skóry odcinka igły), — zapomocą próżnej strzykawki spróbować wciągnięcie płynu do strzykawki. Ten ostatni zabieg stanowi zazwyczaj bodziec do samoistnego wypływania płynu; zwykle płyn wtedy wycieka w powolnem tempie, kroplami, co tłómaczy się niekiedy niskiem ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego wewnątrz przestworu podpajęczynowatego móżdżkowordzeniowego lub możliwością zatkania się światła igły przez skrzepy krwi lub tkanki inne.

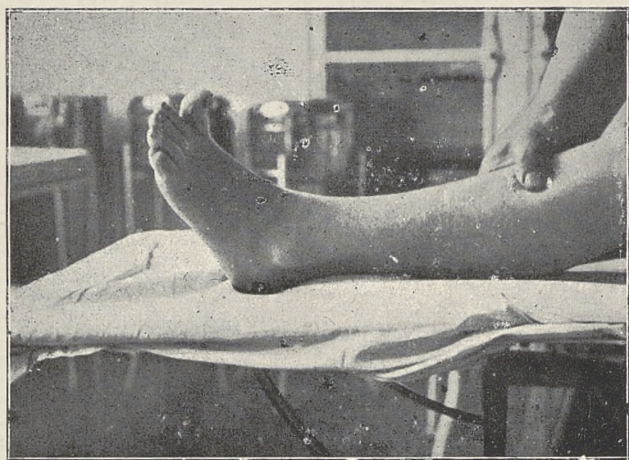
Nie należy igły przy nakłuwaniu przestworu móżdżkowo-rdzeniowego posuwać wgłąb bezkontrolnie, t. zn. „na oko", oraz nie zaleca się zmuszanie chorego do kaszlenia celem wytłoczenia płynu mózgowo-rdzeniowego; takie postępowanie może narazić chorego na poważniejsze powikłania, a nawet możliwość zapadu, co w najlepszym razie przeszkodzi wykonaniu nakłucia z pożądanym wynikiem.



Rycina 1. Wykazuje miejsce skrzyżowania linij typograficznych, w którem należy wkłuwać igłę przy wykonaniu nakłucia podpotylicznego.



Rycina 2. Igła wkłuta w przestwór podpajęczynowaty móżdżkowo-rdzeniowy, z którego przez światło igły wycieka kroplami płyn mózgowo-rdzeniowy.



Rycina 3. Dodatni odruch antagonistyczny, jako reakcja na podnietę mechaniczną pnia nerwu piszczelowego u pacjentki G., u której wykonałem nakłucie podpotyliczne z następczą laminektomją okolicy szyjno-piersiowej kręgosłupa.

Po wkłuciu ostrza igły do przestworu móżdżkowordzeniowego i odpuszczeniu lub wydobyciu zapomocą strzykawki kilku kubicznych cmtr. płynu mózgowordzeniowego (w celu przekonania się, że jesteśmy w przestworze podpajęczynowatym móżdżkowordzeniowym), wykonując myelografję przykładamy do igły i przy niej przytrzymujemy strzykawkę, wypełnioną przez odpowiedni roztwór (40%) jodipiny i wtłaczamy dwa cm. kubiczne tego preparatu do przestworu podpajęczynowatego móżdżkowordzeniowego. Należy pamiętać, że wspomniany lek trudno się wtłacza nawet przez igły o szerszem świetle. W celu utrzymania igły w pozycji nieruchomej winna jedna osoba pomagająca przytrzymać igłę, podczas gdy druga osoba wtłacza jodipinę ostrożnie, bez większego nacisku na igłę. Przy nieuważnem wtłaczaniu jodipiny, bez przestrzegania powyższej zasady, można nietylko łatwo wtłoczyć ostrze igły zbyt głęboko i wywołać groźne objawy niedomogi ogólnej, lecz conajmniej wytworzyć w przestworze podpajęczynowatym móżdżkowo-rdzeniowym naraz zbyt wysokie ciśnienie, wskutek szybkiego wtłoczenia leku, co spowoduje zbyteczne powikłania, wymagające pomocy doraźnej oraz przerwania zabiegu.

Po wtłoczeniu do przestworu wymaganej ilości leku, można następnie wstrzyknąć kilka gramów roztworu fizjologicznego lub też bez tego dodatkowego zabiegu wyciągnąć szybko igłę, miejsce nakłucia zajodynować i przykryć opatrunkiem gazo-plastrowym. O ile chodzi o myelografję, chory winien pozostać w pozycji półsiedzącej lub siedzącej i po upływie odpowiedniego czasu można rozpocząć wykonanie potrzebnej ilości zdjęć roentgenowskich z okolic kręgosłupa dla stwierdzenia sposobu posuwania się jodipiny wzdłuż rdzenia kręgowego.

Przy tym zabiegu należy zawsze liczyć się z możliwością powikłań, i dla tego trzeba dokładnie obserwować ogólny stan chorego, stan serca, czynność oddechową, nerwową, wydzielniczą (ból głowy, pocenie się usilne) i t. p. Dlatego też należy mieć w pogotowiu wszelkie rodzaje leków nasilających działalność mięśnia sercowego, pobudzających oddychanie i t. d.

W opisany powyżej sposób można do przestworu podpajęczynowatego móżdżkowordzeniowego wprowadzić nietylko środki chemiczne, przeznaczone do umożliwienia wykonania encefalo — i myelografji, lecz wlewać odpowiednie surowice i leki swoiste.

Zarazem załączam ryciny, wskazujące sposób postępowania przy nakłuciu podpotylicznem, oraz również rysunek z wyraźnym

antagonistycznym odruchem łydkowym u pacjentki G. z Lecznicy Kolejowej w Poznaniu, opisanym przezemnie w Nowinach Psychjatrycznych w r. 1930-ym; u wymienionej pacjentki wykonana punkcja podpotyliczna wraz z myelografją a wreszcie i laminektomja następcza wykazały zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym. Załączone rysunki dotyczą chorych P. P., G. i B. z Oddziału Chirurgicznego Lecznicy Kolejowej w Poznaniu, u których w roku 1930-ym wykonałem powyżej opisanym sposobem nakłucie podpotyliczne z bardzo dobrym wynikiem.

W końcu wyrażam P. P. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowskiemu, Dyr. Kraj. Zakł. Psychjatr. Dziekanka, i Dr. med. E. Parczewskiemu, Kierownikowi Oddziału Chirurgicznego Lecznicy Kolejowej w Poznaniu, wielkie uznanie i wdzięczność za ich prawdziwą życzliwość i cenne wskazówki naukowe. P. Koledze Z. Staszowi wyrażam swą wdzięczność za pomoc przy wykonaniu niniejszej pracy.

La ponction de l'espace sousarachnoidien cérébello - médullaire.

Par le Dr. en méd. et Dr. en philos. E. BOCZKOWSKI (Poznań).

La ponction de l'espace sousarachnoidien cérébro-médullaire se laisse pratiquer de la façon suivante.

L'aiguille légèrement émoussée et graduée est enfoncée dans la région sousoccipitale de la nuque à l'entrecroisement des deux lignes suivantes: d'une ligne horizontale qui unit les bords inférieurs des apophyses mastoïdes des deux temporaux, et d'une ligne verticale qui en partant de la protubérance occipitale externe suit les apophyses épineuses des vertèbres cervicales jusqu'à la septième. L'aiguille est placée à peu près horizontalement par rapport à la surface de la peau, à l'entrecroisement de ces deux lignes.

La ponction se fait après une asepsie et une antisepsie rigoureuses ainsi qu'après une anesthésie locale de la région sousoccipitale. Le malade assis doit baisser la tête, aussi loin que possible, en avant, sur le tronc.

Au moment de la ponction on sent le passage des téguments, du ligament de la nuque et du ligament occipito-atloïdien postérieur qui est tendu, en même temps que celui de la duremère et de l'arachnoïde.

Il faut surveiller l'instant où l'aiguille se trouve enfoncée à une profondeur de quatre à cinq centimètres en comptant de sa pointe. L'auteur a constaté, aussi bien au cours de la ponction que sur le cadavre, que l'épaisseur de la couche musculaire dans la région où se fait la ponction est en général de cinq centimètres environ, en tenant compte du tissu adipeux.

Pour obtenir le liquide céphalo-rachidien, il ne faut pas inviter le malade à tousser, de crainte de complications d'ordre général; il faut aspirer doucement le liquide à l'aide d'une seringue vide qu'on adapte à l'aiguille quand la pointe de celle-ci se trouve dans la cavité.

Il y a lieu d'avoir sous la main, en cas de complications, des agents médicamentaux susceptibles de stimuler la respiration et le coeur.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr Dr. med. Dr. phil, AL. PIOTROWSKI.

Alkoholizm u dziatwy i młodzieży a szkoła.

Podał Prymarjusz Dr. J. GAWROŃSKI.

Odczyt wygłoszony na X. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Łodzi w dniu 7-9. VI. 1930.

W odczycie, jaki mam zaszczyt na tem miejscu wygłosić, nie zamierzam rozwijać tematu alkoholizowania się dziatwy i młodzieży, a to z powodu szczupłego czasokresu, zakreślonego dla przemówień zjazdowych, a także i dlatego, iż nie mam wątpliwości, że Szan. Członkowie Zjazdu są dostatecznie poinformowani z dotychczasowej literatury polskiej i zagranicznej o szerzących się coraz bardziej spustoszeniach cielesnych i psychicznych wśród dziatwy i młodzieży, jakie powoduje ta najbardziej przystępna i dlatego tak rozpowszechniona trucizna. Ograniczę się tylko na przypomnieniu statystycznych danych z czasów przed- i powojennych, aby przejść do scharakteryzowania stosunku szkoły do tej plagi, stosunku takiego, jakim był i jest dotąd, a jakim być według mego rozumienia powinien. Statystyka 1907 r. podaje, że 88% chłopców i 75 proc. dziewcząt używało napojów alkoholowych w szkole (Ciechanowski). Badania, podjęte w Warszawie przez Jodkowskiego i Glassa w roku 1909, stwierdziły 89 proc. dziewcząt pijących. Do zbliżonych wyników doszedł Dr. S. Skalski w Łodzi.

Ciembroniewicz, obejmujący statystykę dziatwy i młodzież miejską i wiejską (Bochnia i okolice), doprowadza swoje odsetki do 100 prc. Dr. Roszkowski w pracy swej „Alkoholizm u dzieci“ przytacza 19 proc. niemowląt, otrzymujących alkohol. Z badań statystycznych ks. Sopoćki w Warszawie wynika, że używanie alkoholu przez dziatwę i młodzież po wojnie znacznie się wzmogło, gdyż, o ile przed wojną piło codziennie 3,57 proc. dziatwy, po wojnie piło przeszło 8 proc. Naogół z pracy jego wynika, że już w 7 roku życia 100 proc. dzieci używa napojów alkoholowych. Do podobnych wyników doszli Dr. B. Miklaszewski w Łodzi, Dr. S. Brokowski w Wilnie i Berkówna w Poznaniu oraz prof. Sygnarski w Bydgoszczy.

Jak widzimy, statystyki ze wszystkich dzielnic Polski dają nam podobnie zastraszające cyfry, stwierdzające przewagę dziatwy pijącej i to w środowisku rodzinnem. Zrozumiałem zjawiskiem jest wobec tej przerażającej statystyki walcząca z tą klęską postawa instytucji szkolnej, która, stykając się codziennie z alkoholizującym się żywiołem dziecięcym, nie mogła nie zareagować czynnie na ten rozpowszechniony nałóg. Walka ta wzmagała się w miarę uświadomienia sobie przez nauczycielstwo faktu, że wydajność pracy umysłowej w szkole maleje i że ten objaw dotyczy tych dzieci, które stale używają alkoholu. Instytucje szkolne wspomagane były i są w tej walce przez powszechny ruch antyalkoholistyczny i eugeniczny w kraju i zagranicą, oparty na wynikach badań chemicznych, fizjologicznych, higjenicznych i psychjatrycznych, które stwierdziły degenerujący wpływ alkoholu na podłoże organiczne życia — protoplazmę, szczególnie zaś na zaródź szarej kory mózgu, filogenetycznie najmłodszej, a więc najwrażliwszej na wszelkie trucizny. Walka szkoły z alkoholizmem, podjęta w pierwszym rzędzie w celu częściowego usprawiedliwienia słabych postępów umysłowych wśród dziatwy szkolnej, nie jest pozbawiona pobudek głębszych jak ratowanie zdrowia cielesnego i psychicznego w młodem pokoleniu od klęsk społecznych, powodowanych przez alkohol, a nawet idealnych, jak ratowanie wartości etycznych młodzieży, stanowiącej podłoże przyszłego charakteru narodowego. Walka ta, pomimo praktycznych z punktu widzenia szkolnego, a nawet jak się rzekło, głębszych i idealniejszych pobudek, nie wyszła jednak w szkole werbalnej poza granice metod werbalnych i dlatego naogół bardzo nikłe i przelotne dała dotąd rezultaty, bo słowo (verbum), zasiewane na glebę

życiowo nie urobioną, nie przesyconą pożywkami własnych obserwacji i doświadczeń, nie przeoraną przez kultywatory życiowe, a takim jest naogół somapsychiczny stan dziecka w dzisiejszej szkole, nie może wydać plonów, proporcjonalnych do rzucanego na nią posiewu czysto werbalnego. I dlatego też we wszystkich enuncjacjach, poświęconych naszej i obcej alkohologji szkolnej, powtarza się uporczywie myśl, że walka z alkoholizmem wogóle, a w szkole w szczególności jest jednem z zadań najtrudniejszych i mało owocnem, ale pomimo nikłe wyniki prowadzoną być powinna z pobudek ideowych. A więc prowadzą się w dalszym ciągu wykłady o alkoholu, mające uświadomić dziecko szkolne o rozlewnej szkodliwości, dobiera się też odpowiednią lekturę, pokazuje się obrazki rodzajowe z tej dziedziny nadużyć, usiłuje wprowadzić w przeciążony nad miarę wykładanych przedmiotów plan szkolny jeszcze osobne lekcje alkohologiczne, opracowuje się coraz lepsze metody nauczania o tym przedmiocie, korzysta się z uroczystości i wycieczek szkolnych oraz posiedzeń rodzicielskich dla okazyjnego wygłaszania krótkich ale przekonywujących pogadanek o szkodliwości napojów alkoholowych, aby otworzyć oczy rodzicom i ich dziatwie, że słabe postępy w szkole, stopnie niedostateczne, oraz parokrotne pozostawianie w jednej i tej samej klasie są skutkiem alkoholizowania mózgów dziecięcych; zakładają się wreszcie tu i owdzie kółka abstynenckie młodzieży, gdzie odbiera się przysięgi, urządza się wpisywanie do t. zw. złotej księgi i t. p. Ta teoryczna spirytualizacja, praktykowana czy to systematycznie czy też przygodnie w obrębie szkoły, wydaje albo przelotne tylko, a więc nietrwałe, albo naogół bardzo nikłe wyniki, co przyznaje, jak wspomniałem, strona walcząca. Uświadamianie bowiem słowem, poczęte nawet z najszlachetniejszych pobudek, zabarwione zapałem i przekonaniem walczących, nie jest w stanie rywalizować ze złym wprawdzie ale czynnym przykładem i, co zatem idzie, zwyczajem pijących rodziców w domu i w karczmie. W tej nierównej walce zwycięstwo rodziców na oczywistą szkodę dziecka pochodzi ztąd, że rodzina jest potęgą wychowawczą, walczącą przykładem i przyzwyczajeniem t. j. bronią, której dzisiejsza szkoła jest pozbawiona. Gdyby dzisiejsze nauczycielstwo szkoły werbalnej zamiast wyżej wspomnianych wysiłków pouczających o szkodliwości alkoholu, zdobyło się na gremjalny i prawdziwie rodzicielski wysiłek woli i wyrzekło się raz na zawsze używania alkoholu, to byłby wielki czyn wychowawczy, świecący zbiorowym

przykładem i nowym a szlachetnym obyczajem i jako taki miałby wszelkie szanse zwycięstwa, bo by walczył zasadniczo tą samą bronią co dom rodzinny t. j. czynem, objawiającym się w przykładzie i obyczaju, a posiadającym tę wyższość, że wynikałby z pobudek idealnych. A już prostym wynikiem tego szlachetnego giestu byłaby odezwa do dziatwy, młodzieży i jej rodziców w całej Polsce mniej więcej tej treści: „Kochana młodzieży Polska! Zwierzchność Twoja szkolna oraz całe nauczycielstwo wyrzekło się wszelkich napojów alkoholowych, aby dać ci dobry przykład i tym zbiorowym przykładem uchronić cię również od najniebezpieczniejszej trucizny, która podkopuje zdrowie ciała i duszy ludzkiej, niszczy dobrobyt rodzinny i społeczny oraz osłabia potęgę narodu i państwa. Idź więc, kochana młodzieży, za przykładem całego nauczycielstwa i wyrzecz się tak, jak Ono, na całe życie używania alkoholu dla własnego dobra, dobra rodziny i dobra Ojczyzny.“ Taki giest nauczycielstwa polskiego miałby jako czynnik wychowawczy na młodzież, rodziców, naród cały wpływ doniosły i otworzyłby oczy państw i społeczeństw kulturalnych na potęgę i niezwykle dobroczynne wyniki czynów w scementowanych solidarnością ideową warstwach inteligencji.

W powyższej enuncjacji podałem jeden z przykładów zreformowanej walki z alkoholem w szkole t. j. nie walki werbalnej, jeno wychowawczej, aby uprzytomnić Sz. Słuchaczom obecnego Zjazdu fakt, że szkoła dzisiejsza, nie posiadając charakteru wychowawczego, nie ma tem samem skutecznych środków, wpływających odradzająco na dziatwę i młodzież. Nauczycielstwo pijące, palące, dające nieraz poziomem życiem swojem ujemne przykłady dziatwie i młodzieży, napróżno zdobywa się na górne słowa wobec niej, bo one przebrzmią bez skutku jak biblijne cymbały. Zastanawiając się w dalszym ciągu nad istotą omawianej tu sprawy i, szukając przyczyn tak rozpowszechnionego nałogu opilstwa wśród narodów kulturalnych, który to nałóg epidemicznie udziela się młodemu pokoleniu, poruszę tu jedno z podstawowych zagadnień biopsychologicznych, łączących się z alkoholizmem w szkole i poza nią, w nadziei, że z analizy tego zagadnienia wyłonią się realne podstawy do skutecznego zwalczania nietylko używek alkoholowych, ale i innych poziomych namiętności przez szkołę. Alkohol jest trującą używką, pozornie zaspokajającą na czas pewien nietylko głód fizyczny, ale i głód nowych wrażeń, jest środkiem rozpraszającym nudę płynącą z narzuconych, szablonowych obo-

wiązków dnia powszedniego, jest więc rozrywką, ucieczką do automatyzmu przymusowej pracy dla chleba, który niewątpliwie obniża wyższe wartości człowieka, sprowadzając go na poziom banalnej przeciętności a nawet bezdusznej maszyny. Najskuteczniejszą tedy walką z alkoholizmem jest **pomnażanie radości życia** codziennego, zawodowego, rodzinnego i społecznego w jego przejawach wyższych, wypływającej z przyrodzonego instynktu istoty ludzkiej. Ta kultura radości życiowej, rozwijająca się pod wpływem odpowiedniej uprawy zarodków wnętrza ludzkiego od dzieciństwa po przez cały żywot człowieka, sprzyja harmonijnemu rozrostowi jego wartości somapsychicznych w myśl ożywiających ją ideałów i krystalizuje w walce o potęgę duchową osobowość, uodpornioną na nurtujące ją poziome namiętności. Radość, wypływająca z poczucia nadmiaru energji życiowych, jest to czynnik biologiczny, utrwalony przez filogenezę a mający na celu hamowanie niższych zwierzęcych, barbarzyńskich instynktów, tkwiących w człowieku, na korzyść wyższych, z których rozwija się typ ludzki somapsychicznie coraz doskonalszy. Ztąd płynie imperatyw dla rodziny i szkoły, aby podtrzymywały i kultywowały radosne porywy budzącej się jaźni dziecka, a nie hamowały i galwanizowały je w zarodku, jak to się dzieje obecnie w obu tych instytucjach. Rodzina dzisiejsza z rozmaitych względów, znanych tu wszystkim, bo tak często dyskutowanych w czasach powojennych, zaniedbuje się coraz bardziej w obowiązkach wychowawczych wobec dziecka, szkoła zaś nie jest dziś organizacją wychowawczą, gdyż cały swój aparat nauczający w myśl wskazań państwowych skierowuje na przygotowanie z powierzonego jej materjału dziecięcego nie „pełnych ludzi". ale automaty urzędnicze, anemiczne cieleśnie i duchowo, uzdolnione naogół do pomnażania i registracji bibuły biurowej. Jakaż więc przepaść oddziela dzisiejszą szkołę werbalnych nakazów i pouczeń od szkoły w przyszłości — szkoły wychowawczej, przystosowanej do przyrodzonych instynktów rozwojowych dziecka, które poczyna się i rodzi z naturalnym popędem do harmonijnego rozwinięcia odziedziczonych energji somapsychicznych w pełnię własnego ja. W rodzinie i szkole dzisiejszej, gdzie nie masz naogół śladu kultury wolności wewnętrznej tworzącego się człowieka i płynącej ztąd swobody radosnego opanowania przyrodzonych instynktów przez samo dziecko, ale wszystko to zastępuje narzucony przymus zewnętrzny, tak obcy naturze dziecka, tam o skutecznem i radykalnem zwalczaniu poziomych

popędów, a więc alkoholu, tytoniu, narkotyków, samogwałtu i innych nadużyć seksualnych mowy być nie może. Ztąd wyłania się logiczny wniosek: w racjonalnej odpowiadającej naturalnym potrzebom dziecka reformie szkoły spoczywa utajona potęga do walki z czynnikami szkodliwemi dla normalnego rozwoju rzeźbiącego się człowieka. Wysunięty dopiero co postulat reformy wychowawczo - szkolnej dla odrodzenia dziecka bynajmniej nie zamierza osłabiać szlachetnych porywów elity nauczycielskiej w walce z alkoholizmem u dziatwy i młodzieży, ale pragnie wskazać drogę do oparcia tej walki na właściwych podstawach, dających pewność zwycięstwa. Aby rzucić pomost leczniczo - wychowawczy ku jasnemu brzegowi szkoły odradzającej naród przez dziecko i przyczynić się tem samem do ułatwienia obecnie podejmowanej walki z alkoholizmem, proponuję 1) wyeliminować ze szkół dziatwę psychopatyczną i dziatwę nałogowo pijących rodziców, gdyż ta z natury swego nastawienia psychicznego, swej psychicznej mniejwartości stanowi w szkole „swoistą zarazę“ dla reszty dzieci, i tworzyć dla powyższej dziatwy specjalne szkoły — internaty o typie wychowawczo - leczniczym, oraz spowodować rząd uchwałą sejmu i senatu, aby z funduszów, wpływających z monopolu wódczanego i tytoniowego wydzielił odpowiednie kwoty na organizację podobnych instytucyj. W tym celu należy zorganizować pod opieką wydziału zdrowia publicznego specjalną sekcję, złożoną z lekarzy psychjatrów i pedagogów pod kierunkiem lekarza wychowawcy, któraby była ciałem kierowniczem dla tego przedsięwzięcia. Wzór takich szkół zobrazowany jest w pracy mówiącego te słowa p. t. „Szkoła odrodzenia“. 2) Zorganizować poradnie profilaktyczne dla dziatwy powyższych kategoryj ze stacjami obserwacyjnemi, któreby prowadziły ewidencję takowej i były segregatorami jej pod względem jakościowym i ilościowym. Ambulatoryjne porady mogłyby na pewną część dziatwy i rodziców podziałać dodatnio, trudne zaś przypadki kierowane by były do wspomnianych szkół specjalnych. Nim uda się zorganizować szkoły — internaty leczniczo - wychowawcze, co pociąga za sobą poważne koszty, 3) tworzyć na peryferjach miast parki psychohygieniczne o charakterze leczniczo-wychowawczym i profilaktycznym (narazie po 1 parku paro-morgowym dla wszystkich szkół danego miasta). Takie parki dadzą możność dziatwie psychopatycznej i alkoholizowanej przez rodziców całodziennego spędzenia czasu w izolacji od demoralizujących i zwyrodniających czynników

rodziny i miasta na pracach szkolnych o charakterze odradzającym t. j. prowadzonych jako zabawy towarzyskie w szkole terenowej parku, kształcące cieleśnie i psychicznie. Stwarzana przez system podobnych zajęć fizycznych i umysłowych atmosfera radosna (intelektualna i wychowawcza) będzie potężną dźwignią w walce z poziomemi instynktami dziatwy i młodzieży, a więc i z alkoholizmem. Z parków tych mogłyby też korzystać dzieci szkolne innych kategoryj szczególnie w godzinach poobiednich, aby uniknąć w tym czasie demoralizacji przez rodzinę, podwórze i ulicę, dać im możność godziwej rozrywki intelektualnej i wychowawczej na świeżem powietrzu. Wskazówki do zrealizowania tej zbiorowej akcji wychowawczo-leczniczej podane są w następujących pracach:

Dr. Juljan Gawroński, lekarz wychowawca. Szkoła Odrodzenia. Program nowego wychowania i nowej szkoły w Polsce współczesnej. Nakładem Fiszera i Majewskiego. Poznań r. 1925.

„ „ „ Wpływ narządu mięśniowego na powstanie i rozwój świadomości. Nowiny Psychjatryczne Roczn. III, kwartał III-IV, rok 1928.

„ „ „ Stanowisko psychjatry i lekarza - wychowawcy wobec najnowszego projektu prawodawstwa dla nieletnich przestępców w Polsce. Nowiny Psychjatryczne Roczn. V, kwartał III i IV, rok 1228.

„ „ „ Organizacja Opieki nad psychopatami oraz metody leczniczo-wychowawcze w tej dziedzinie. Nowiny Psychjatryczne Roczn. IV, kwartał III-IV, r. 1929.

„ „ „ Park psychohygieniczny jako synteza metod leczniczo-wychowawczych i kształcących dla dziatwy psychopatycznej. Znajduje się obecnie w druku r. 1930.

Le rapport de l'école à l'alcoolisme chez les enfants et la jeunesse.

Par le Dr. med. JULIEN GAWROŃSKI (Dziekanka).

L'auteur confirme les conclusions essentielles contenues dans les écrits actuels sur l'alcoolisme. L'alccolisme atteint chez

les nourissons jusqu'à 19% et oscille chez les enfants et les jeunes gens, entre 75 et 100%. La lutte de l'école contre l'alcoolisme n'atteint pas son but, car elle ne se produit qu'en paroles. Pour arriver au résultat voulu il est indispensable que tout le corps enseignant s'engage solidairement à une abstinence absolue c'est-à-dire, qu'il renonce dans le pays entier à l'usage de l'alcool et qu'il prêche ainsi par l'exemple et les bonnes moeurs et non par de vaines exhortations.

L'auteur passe ensuite à la question psychobiologique. Il estime, que l'augmentation du facteur „joie" à l'école et dans les familles constitue une arme efficace contre l'alcoolisme et d'autres viles passions de la jeunesse. La joie, causée par l'exubérance d'énergie vitale est un facteur biologique, tendant à reprimer les mauvais penchants de l'homme, au profit des instincts supérieurs, et à développer un type de plus en plus parfait, au sens somatopsychique. Une réforme de l'enseignement, une école joyeuse de vie, une école où l'enfant aie la liberté de maîtriser avec exaltation les bas instincts et perfectionner par là-même ses dispositions, voilà une force latente pour combattre l'alcoolisme. Pour conclure, l'auteur indique des moyens de réforme pour l'éducation et l'enseignement, en rapport avec la question citée, et propose:

1) d'éliminer des écoles les enfants psychopathiques et ceux qui proviennent de parents alcooliques, et d'ouvrir pour eux des écoles spéciales à type curatif;
2) d'organiser des dispensaires et des centres psychohygiéniques pour ceux qui s'adonnent à l'alcoolisme et à d'autres penchants préjudiciables à leur développement;
3) d'ouvrir à la périphérie des villes des parcs psychohygiéniques ce qui veut dire des écoles à système de mouvement, de jeux, de joie, comme l'auteur l'avait proposé.

Pierwiastki psychopatologiczne Kabały.

Podał Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Znakomite twory literackie były m. i. badane przez psychjatrów celem wniknięcia w koloryt patologiczny odnośnej epoki lub we wrażenia i odczucia patologiczne przedstawionych bohaterów. Dla przykładu wymieniam znakomitą pracę Dr. Möbiusa „Die Pathologie bei Goethe", jak również gruntowną rozprawę

prof. Czyża, dotyczącą typów Dostojewskiego. Pod tym względem godną uwagi psychjatry jest również monumentalna literatura hebrajska pod tytułem „Kabała", która powstała w 13-ym w. i opanowała umysły na przeciąg szeregu stuleci. Treść Kabały stanowią: przeżycia ekstatyczne, majaczenia prorocze, widzenia, zaklęcia, pseudo-mesjanistyczne pretensje, dzikie fantazje, okropne zabobony, mistyczna symbolistyka, nieczysta siła, cudowne ocalenie. Powstanie tego rodzaju twórczości patologicznej, która wprowadziła przewrót w zdrowem myśleniu całego szeregu pokoleń, nie była bynajmniej zjawiskiem przypadkowem, lecz wywołana została wydarzeniami zewnętrznemi i wewnętrznemi w życiu żydów.

Już w 13-ym wieku, ze śmiercią wielkiego duchowego wodza żydów Mojżesza Majmonidesa, również i w łonie samego żydostwa rozpoczyna się upadek rozwoju duchowego.

Oświecając istotę judaizmu swemi promieniującemi myślami, wielki uczony i myśliciel podporządkował religję filozofji. Metoda Majmonidesa polegała na przypasowaniu judaizmu do rozumowania, nadawaniu niedostępnym tekstom Pisma św. sensu filozoficznego lub przynajmniej znośnego, odnajdywaniu zrozumiałego celu dla przepisów religijnych i obrzędów. Po śmierci Majmonidesa, który zapoczątkował racjonalistyczne traktowanie Biblji i Agady (części Talmudu), następuje w judaizmie okres duchowego ubóstwa. Okropności wydarzeń zewnętrznych jak prześladowania żydów, nie sprzyjały rozkwitowi filozofji judaistycznej, lecz wymagały zapomnienia, ukołysania, naiwnej wiary: stąd organiczna potrzeba światopoglądu, opierającego się na uczuciu religijnem, nie zaś na kulcie myśli Majmonidesa. Racjonalistyczne tłómaczenie Pisma św. było straszydłem dla tych, którzy w swej głębokiej pobożności widzieli w każdem słowie Biblji i Talmudu boską prawdę. Obrońcy tradycji, chcąc przeciwstawić się racjonalizmowi grożącemu rozbiciem się judaizmu, odczuwali potrzebę stworzenia innej metody rozwiązania problemów religijnych, co skierowało umysły ku mglistej dziedzinie mistycznej Kabały. M. Nordau określa mistycyzm jako stan duszy, w którym człowiek wyobraża sobie, że może uchwycić nieznane i niezrozumiałe związki między różnemi zjawiskami, odgadnąć w przedmiotach wskazówki do wyjaśnienia tajemnicy oraz odkryć symbole, za pośrednictwem których tajemnicza siła stara się objawić zjawiska cudowne. Mistyk widzi wszystko inaczej, w innem świetle, niż człowiek normalny. W najzwyklejszym objawie, w naturalnych postępkach

upatruje coś tajemniczego; wszystko ma dla niego jakiś ukryty sens i rzuca cień na przedmioty odległe. Każdy obraz, powstający w jego umyśle, wskazuje w tajemniczy i wieloznaczący sposób na inne jasne i mgliste obrazy i łączy się z nimi w takie związki, jakie człowiekowi normalnemu nie przyszłyby na myśl. Kabaliści wychodzili z tego założenia, że treści Biblji nie należy bynajmniej rozumieć dosłownie: opowiadania biblijne zawierają głębokie tajemnice; do słów Biblji kabalista odnosi się jak do tekstu szyfrowanego; wkłada on w nie sens i treść tajemniczą. Gdyby Pismo św. zawierało opisy zwykłych faktów, można byłoby, tak rozumuje kabalista, i dziś stworzyć podobną książkę. Ależ, bynajmniej tak nie jest, trzeba szukać w każdem opowiadaniu, w każdem słowie i w każdym przepisie religijnym czegoś wzniosłego, tajemniczego, nadprzyrodzonego. Trzeba się więc zająć badaniem i tłómaczeniem Pisma św., by znaleźć ów skarb. Metodą komentowania Biblji stały się kombinacje liter, słów, kresek, kropek, znaków i liczb.

(Uwaga: alfabet żydowski liczy 22 litery, które równocześnie służą do oznaczenia liczb zamiast cyfr).

Przestawieniem liter i różnych części składowych słów, tworzeniem nowych wyrazów z liter początkowych, sklejaniem słów i pojęć, kabaliści łączyli różne heterogenne rzeczy w całość. Przyjęta była w poszczególnych przypadkach metoda „Gematrja“, tj. zamiana jednego słowa na inne o tym samym składzie liczbowym (litery oznaczały liczby). Tak naprz. opowiadanie Biblji o tem, że Abraham, występując przeciwko 4 królom, zabrał ze sobą 318 rycerzy, tłómaczyli, jakoby Abraham wziął ze sobą jedynie Eleazara, bowiem suma liter w słowie — Eleazar — stanowi 318. W ten sposób utrzymywano, że naprz. imiona Abraham, Zacharjasz, Azryel mogą być nawzajem zastępione, gdyż znaczenie liczbowe każdego z tych imion jest to samo czyli 248. Zwyczaj upijania się w święto „Purim“ do tego stopnia, by nie wiedzieć czy przeklinać Amana czy też wychwalać Morducha lub naodwrót, opierał się m. i. także na okoliczności, że liczbowe znaczenie tych wyrazów było identyczne czyli że równa się liczbie 502. Ciekawym jest fakt, że wybitny humanista, wielki znawca żydostwa, Johan Rejchlin, chciał wykorzystać symbolistykę kabalistyczną jako dowód na twierdzenie, że żydzi uznają symbol chrześcijański, gdyż litery (liczby) wyrazów żydowskich „drzewo i krzyż“ dają tę samą liczbę czyli 160. Na zasadzie tej metody, kabaliści rozpa-

trywali rzeczy i pojęcia z punktu widzenia liczb. Druga metoda, „Notarikon“, polega na osobliwego rodzaju stenograficznem określaniu wyrazów i słów początkowemi literami. Tak naprz. pierwszy wyraz Pięcioksięgu ma być zestawieniem liter początkowych do słów: „Bóg stworzył ziemię, niebo, morze i bezmiar“.

Osnowę psychopatologiczną wyżej opisanych kombinacyj, któremi posługiwali się kabaliści, tworzy dyssocjacja słownych i przedmiotowych obrazów. Obrazy bywają słowne i przedmiotowe czyli realne. Słowa są symbolem do oznaczenia obrazów realnych. Podczas myślenia patologicznego, a mianowicie w stanach paranoidnych, słowa — symbole uzyskują suwerenność nad treścią, którą oznaczają, tak że powstaje absolutyzm słowa, wskutek czego kombinacja obrazów, aczkolwiek prawidłowa pod względem formalnym, jest bezmyślną w treści. Twórczość patologiczna opiera się na logice słów, nie zaś na logice faktów: podstawy faktyczne przedmiotu są zamienione na fikcyjne, symboliczne. Oprócz bezmyślnych kombinacyj słownych, prowadzących do anarchji w mowie, których używali kabaliści, zasługuje na uwagę również symboliczna ozdoba ich obrazów. Tak naprz. wzorowy wiersz proroka Isaja (40 — 26) = “wznieście oczy wasze ku niebiosom i zobaczcie, kto stworzył te gwiazdy“ zawiera jakoby ukrytą głęboką tajemnicę, którą prorok Eljasz poznał w akademji niebieskiej i ujawnił Sz. ben Jochajowi — domniemanemu autorowi Zohara, znakomitego dzieła literatury kabalistycznej. Każdy obrzęd i najdrobniejszy religijny zwyczaj jest symbolem o wyższem znaczeniu. Tak naprz. żydzi jedzą rybę w sobotę dlatego, że ryba symbolizuje Opatrzność Boską. W sobotę pobożny żyd spożywa 3 dania — symboliczne napomknienie na największą mądrość Boga, mającego 3 głowy.

Przy przeglądaniu piśmiennictwa kabalistycznego natrafiamy na pretensjonalne tytuły. Sam wyraz „Kabała“ oznacza po hebrajsku „przyjąć według tradycji“. Fundamentalnem dziełem literatury kabalistycznej jest „Zohar“, co oznacza „jasność“ (księga światła). Dochodzą do tego jeszcze nazwy tendencyjne: 1) „tajniki tajemnic“, 2) „tajny midrat“, 3) „Księga cnoty“, 4) tajemnice nauki, 5) starzec, biesiada o reinkarnacji i t. p. Przypisywano dziwaczne dzieła kabały autorom starożytnym, których święty tryb życia oraz wielkie zasługi osobiste imponowały żydom. Niektórzy podają, że „Zohar“ jest dziełem hiszpana Mojżesza ben Szem tob z Leonu, znanego awanturnika 13-go w., inni twierdzą,

że jest to wyznanie Św. męża Szymona ben Jochaia — z epoki panowania Adrjana. Mistycznej tendencji Zoharu odpowiada i język, w którym dzieło to zostało napisane; dziwaczny styl aramejski, ma wywołać tajemnicze wrażenia głosu, rozlegającego się z innego świata. Ekstatyczny sposób wyrażania się obliczony jest na efekt. Tak w pewnem miejscu, anonimowy autor Zoharu, występując jako mąż święty, obwieszcza w ekstazie swym wybranym uczniom: „wzywam jako świadków górne niebiosa i świętą ziemię, że widzę teraz to, czego nie mógł widzieć żaden śmiertelnik od czasu, gdy Mojżesz wstąpił na górę Synajską: widzę swe oblicze, promieniujące jak słońce... Ta wyższa i czysta mądrość będzie znana dopiero w epoce, zbliżonej do przyjścia Mesjasza".

W ten sposób bezmyślne kombinacje obrazów na zasadzie przedstawiania liter w wyrazach, bezsensowe zestawianie słów i liczb, magiczne znaczenie słów i liczb, głupie tworzenie nowych wyrazów, pretensjonalne tytuły dzieł, ozdabianie całego świata psychicznego symbolami, napuszony styl — wszystko to, charakteryzujące psychopatyczną podstawę piśmiennictwa kabalistów, wyraźnie ujawniło się w ich dziełach.

Widzieliśmy już, że grożący upadek ślepej wiary oraz walka między literą a duchem prawa, między samodzielną myślą, a naiwną wiarą, doprowadziły do tajemniczej nauki kabały, w której element mistyczny stał się nerwem życia. Odpowiednio do nastawienia umysłów, stworzono celem podniesienia wiary magiczną teorję ustroju światowego o emanacjach czyli substancjach duchowych. Bóg jest nieograniczony i nieskończony „En Sof". Dzięki swej nieskończonej obfitości światła wydał z siebie duchową substancję (sefirot). Od pierwszego „sefirotu" wyłonił się drugi, od tego trzeci i t. d. tak, że w ten sposób zaczęło działać 10 substancyj, jako organy, tworzące razem z „En Sofem" jedność, a różniące się między sobą, jak kolory jednego i tego samego promienia świetlnego. Zgodnie z tą teorją kosmogoniczną, świat przedstawia się jak ostrosłup, którego wierzchołek tworzy „En Sof", a podstawę — niższe jestestwa. Wszystkie istoty oraz przedmioty w świecie realnym mają swój pierwowzór w świecie duchowym, w związku z tem wszystko na ziemi jest ważne i ma większe lub mniejsze znaczenie wysoce zagadkowe. Doktryna o „Sefirotach" nadała całemu światopoglądowi kabalistów zabarwienie mistyczne.

Jeżeli, w rzeczy samej, jak uczył światopogląd filozoficzny — starożytne obrzędy religijne mają znaczenie jedynie przejściowe i dlatego też się przestarzały, Kabała przeciwnie przypisywała im wartość trwałą, bo widziała w nich środek magiczny do zachowania wszechświata. Przytoczymy przykład konkretny. Istnieje starożytny przepis „Hlica“ który przewiduje, aby brat zmarłego bezdzietnego ożenił się z wdową; jeżeli tego nie uczyni, musi się poddać obrzędowi upokarzającemu, bez którego wdowa nie ma prawa wyjść zamąż za innego. Ten przepis, bardzo przykry, zachował się do dzisiejszego dnia. Powstał on, jak przypuszczać należy, na podstawie rozważań agrarnych księgi biblijnej „Ruf“, — a więc obecnie nie ma żadnego sensu realnego. Kabała kanonizuje go na zasadzie teorji mistycznej „wędrówka dusz“. Dzięki ślubowi dusza zmarłego może znów urodzić się i zakończyć drogę życia. Teorję o „sefirotach“ i „wędrówce dusz“ kąbała określa jako mistyczne oddziaływanie postępków ludzkich na wyższe światy. Warto przeto szczegółowiej zastanowić się nad nauką o duszy. Nauka ta przypomina w zasadzie spirytyzm z jego materjalizacją duchów. Dusze w świecie duchowym mają istnienie przedbytowe. Przeznaczeniem dusz jest wstąpienie do życia ziemskiego, przejście do ciał i połączenie się z niemi w ciągu krótkiego czasu. W życiu ziemskiem dusza podlega próbom, czy będzie mogła pozostać czystą od ziemskich grzechów. Jeżeli jej się to uda, to po śmierci wznosi się doskonała do państwa duchowego i uczestniczy w świecie sefirotów. Jeśli, przeciwnie, zanieczyści się czemś ziemskiem, musi niejednokrotnie powracać do życia cielesnego. Aczkolwiek wszystkie dusze były stworzone równocześnie z Adamem, — to każda z osobna powstała z wyższych lub niższych form i organów, mamy zatem: duszę mózgową, wzrokową, uszną, ręczną i nożną. Po upadku Adama połączyły się dusze wyższe i niższe resp. dobre i złe. Dla tego nawet i czyste istoty mają domieszkę złego czyli demonicznego. Aby oddzielić dobro od zła, dusze przechodzą do ciał ludzkich i zwierzęcych, wcielają się w rzeki, drzewa i kamienie. Nawet oczyszczone dusze sprawiedliwych wracają od czasu do czasu na ziemię, by pobudzić i podtrzymać dusze słabe i zachwiane: światłe dusze zlewają się z walczącemi duszami, przyczem nawet 3 dusze mogą zlać się w jedną. Tą teorją mistyczną usiłowała Kabała wytłomaczyć fakty wy-

gnania i djaspory Izraela jako zdarzenie zrealizowane w celach oczyszczenia świata ziemskiego; oczyszczone dusze sprawiedliwych żydów muszą się złączyć z duszami innych narodów, by uwolnić je od żywiołów demonicznych. W końcu 16 w. nauka o duszy doszła do dzikich fantazji i przesądów odzwierciadlanych np. w dziełach Ariego i Witala. Arji poznawał rzekomo z twarzy, w jakiej łączności z wyższym światem znajduje się dusza obserwowanego człowieka, jakiego rodzaju są jej grzechy, za które wróciła na ziemię, jaką tułaczkę przebyła, jak się może uwolnić od złych duchów. Wskazywał na pewne zaklęcia, dzięki którym można przyciągnąć dusze czyste. Zwidywał również, jak dusze odrywały się od ciał lub też unosiły się z mogił. Stykał się niby z duszami sprawiedliwych biblijnych, talmudycznych i rabinicznych. Za życia jego następcy Witala rozmnożyli się cudotwórcy, zaklinacze i opętani przez złe duchy. Wital i jego zwolennicy stanowili główny sztab teozoficznego kultu owej epoki. Zaklęte w postaci cielesnej dusze zbiegały się zewsząd do Witala, by zapewnić sobie miejsce w przyszłem państwie Mesjasza; wzywano zaklinaczy do opętanych; epidemje opętania rozwijały się na dobre. Bujając w labiryncie wyższych światów, aniołów i „sefirotów", łudząc siebie różnemi teorjami stworzenia i ocalenia świata, kabaliści poskramiali niezadowolenie otaczającego ich świata mistyką.

Scharakteryzowaliśmy już wyżej istotę mistycyzmu wedle opinji Nordau'a. Literaturze mistycznej nie są obce problemy seksualne. Element seksualny nie ominął kabały. Zohar analizując świat wyższy, stwierdza istnienie początku męskiego i żeńskiego. Stosunek duszy do ducha wszechświatowego Zohar przedstawia w postaci współżycia małżeńskiego. Bóg będzie jedyny tylko wtedy, gdy „Matrona zbliży się do króla". Błogość istnieje tylko tam, gdzie jest początek męski i żeński, i tylko tam jest jedność, gdzie powstaje łączność wewnętrzna; gdy... łączą się obydwie połowy — tworzy się zamknięta jedność. Prawa Tory rozpadają się na kryterja męskiego i żeńskiego porządku: gdy się schodzą obydwie części, wtedy powstaje wyższa jedność. Możnaby zacytować jeszcze inne miejsca Zoharu, przedstawiające uczuciowe obrazy, które znalazły odbicie w praktyce powszechnej. Wystarczy wspomnieć o epidemji psychopatji płciowej rozszerzającej się w r. 1775

wśród sekty „zoharystów, następców Jakóba Franka, wyznających tajniki księgi Zohara". Wśród tych „zoharystów" odbywały się orgje jak: pląsy dookoła półnagiej niewiasty, którą całowano, symbolizując w ten sposób połączenie w bóstwie pierwiastka męskiego i żeńskiego. Na podstawie mistycznej teorji Kabały szerzono rozpustę, kazirodztwo i inne zboczenia (Historja żydów Graetza. T. II.) (Uwaga: Społeczno-psychologiczny fakt współdziałania pierwiastka religijnego i seksualnego niejednokrotnie notowany jest w literaturze psychjatrycznej).

Księga „Zohar" stanowi kamień węgielny literatury kabalistycznej, daje ona obraz poglądowy na dziwactwa tego rodzaju twórczości psychopatycznej, której treść była pokarmem dla umysłów długiego szeregu pokoleń. Twórcy owej literatury psychopatycznej byli to ludzie ekscentryczni wzgl. paranoicy, pełni dziwacznych idei, skłonni do awanturnictwa. Przykładem może być kłamliwy Mesjasz Abraham Abulafija, który w jednem ze swych dzieł wykłada praktyczne sposoby doprowadzenia siebie w nastrój mistyczny. W tym celu należy się zamknąć w cichej celi, uwolnić ducha od codziennych trosk, owinąć się w białe szaty, nosić strój modlitewny i pobożnie skupić się, jakby przed obliczem boskiem, przytem trzeba wymawiać litery imienia boskiego z pauzami i modulacjami głosu, wykonywać bezustannie różne ruchy i ukłony, aż do zawrotu głowy; wówczas następuje sen i ma się wrażenie, jakoby dusza ustąpiła z ciała; w tym stanie powstaje uczucie błogości i występuje objawienie prorocze.

Minęła już dawno epoka wyżej opisanych eksperymentów i masy żydowskie, bynajmniej, nie są skłonne, jak w owej epoce, karmić swój umysł wyłącznie dziełami twórczości patologicznej. Jednakże odłamki idei Kabały głęboko wryły się w psychikę żydowską i nie zostały usunięte. Kabała narzuciła masom żydowskim dzikie zabobony, rozpowszechniła wiarę w złe duchy i widma. Tak jeszcze i po dziś dzień aktualną jest swoista psychoza opętania u żydów (Dybuk), którą opisałem w „Warsz. Czasopismie Lekarskiem" (1929 r. Nr. 51). W niezrównanych dziełach utalentowanego pisarza żydowskiego 20-go stulecia Pereca, mianowicie w rubryce, zatytułowanej „chasydyzm", znaleziono artystycznie zobrazowane echo mistycznej ideologji kabały, które dotarło do naszych czasów. Owa ideologja, pełna tendencji do zagadkowości i tajemniczości, przytę-

piła uczucie naturalności. Wyżej wspomniana tendencyjność kabalistów — szukania w zwykłych faktach z Pisma Św. jakiegoś utajonego sensu — wyrobiła w żydach manierę wyrażania się w sposób dwuznaczny, alegoryczny, dziwaczny, zagadkowy, i jest to osobliwość, która ośmiesza przemówienia żydowskie ortodoksyjnych kaznodziejów.

Mistyka Kabały, która powstała w mrocznem średniowieczu, przetrwała wieki i nie zanika zupełnie w umysłach żydostwa ortodoksyjnego nawet i w dobie współczesnej.

Les éléments psychopathiques dans la Cabale.

Par. le Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

La Cabale, cette littérature particulière qui est née chez les juifs au XIII-e siècle et qui exerça encore pendant des siècles entiers son influence sur les esprits, est caractérisée par une série de facteurs psychopathiques, comme le symbolisme mystique, des phénomènes se produisant au cours d'états d'extase, des délires prophétiques, des visions, des conjurations, une activité imaginative déchaînée, des superstitions etc.

Deux facteurs ont contribué à la création de cette littérature singulière: 1). la persécution et les cruautés inhumaines à l'égard des juifs au Moyen Age, 2). une décadence spirituelle au sein du judaïsme lui-même. Les défenseurs de la tradition mus par la crainte d'une déchéance du judaïsme, se refugièrent tout naturellement dans des constructions mystiques qui présidèrent à la genèse de la Cabale, c'est que le mystique a la faculté de voir tout sous un autre jour que l'homme normal. Ainsi les cabalistes partaient du principe qu'il y a lieu de rechercher dans chaque recit de la Bible quelquechose de mystérieux et de surnaturel. Et pour trouver ce „trésor" caché de la Bible ils avaient recours à une méthode de combinaison de lettres, de mots, de traits, de signes, de points et de la signification numérique des lettres.

La Cabale se trouve ainsi remplie de combinaisons insensées d'images auxquelles on croit aboutir en faisant changer dans les mots, les lettres de place, de confrontations de lettres

et de nombres, d'attributions aux uns et aux autres de significations magiques, de néologismes stupides, d'interprétations symboliques des faits psychiques, de mots pompeux et inadequats; tout ceci confère à la Cabale un caractère pathologique.

De plus, les cabalistes, pour raviver la foi créèrent une théorie magique, cherchant à expliquer le monde par des émanations ou substances spirituelles. L'élément sexuel ne fait point défaut, non plus, dans la Cabale.

Les particularités de ce travail psychopathique que nous trouvons dans la Cabale, servirent d'aliment spirituel à des générations entières. Les créateurs de cette littérature furent des personnages bizarres, excentriques, voire même des paranoïaques. Des traces de la Cabale restèrent profondément ancrés dans l'âme juive et n'ont pas encore disparu entièrement jusqu'à nos jours.

Krajowy Zakład Psychjatr. Dziekanka. — Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Krytyczne rozważania nad malarją leczniczą w porażeniu postępującem.

Napisał Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK.

(Referat zgłoszony na XI. Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie w dniach 23. — 26. VI. 31).

Rozważania niniejsze są dalszym ciągiem pracy „O leczeniu paraliżu postępującego malarją z uwzględnieniem wyników w Dziekance“ (Nowiny psychjatryczne, Rok VI. Kwart. III-IV, 1929), i dlatego praca niniejsza ma ten sam układ, to jest składa się z następujących części: 1) przegląd literatury, 2) materjał Dziekanki, 3) krytyka malarji leczniczej. Wzmiankę powyższą uważam za konieczną przedewszystkiem dlatego, aby uniknąć częstych odsyłaczy i przytaczania poglądów w poprzedniej pracy podanych.

Prace statystyczne dotyczące częstości p. p. podają nam różne, często sprzeczne dane. Autorzy amerykańscy (Rasch, Stoner) twierdzą, że ilość przypadków luesu ośrodkowego układu nerwowego zmniejsza się. Podobnie prace rosyjskie (Paszczenko, Lazarew) mówią o spadku ilości p. p. w okresie powo-

jennym w stosunku do okresu poprzedzającego. Ruzicska stwierdził na Węgrzech stopniowe zmniejszanie się liczby przypadków paraliżu w stosunku do innych chorób psychicznych (klinika budapeszteńska), podczas gdy Frankl (poliklinika Budapeszt) twierdzi, że w latach powojennych liczba przypadków paraliżu i tabesu nie zmienia się i jest u mężczyzn stała, a u kobiet nawet zwiększa się. Power, opierając się na urzędowej angielskiej statystyce (Board Control) stwierdza znaczne zmniejszenie się ilości paraliżu (jak również alkoholizmu!) nietylko względne (w stosunku do liczby ludności), lecz i bezwzględne.

Natomiast autorzy niemieccy (Dübel) mówią o coraz większej ilości przypadków porażenia (zwłaszcza u kobiet!). Ciekawą jest statystyka z Chin (Pfister), wedle której 8% luetyków wykazuje metalues. Przechodząc do obecnego stanu nauki o przyczynach i powstawaniu porażenia postępującego stwierdzamy tę samą rozbieżność zdań.

Ważne zagadnienie profilaktycznego wpływu specyficznego leczenia luesu (a przedewszystkiem salwarsanu) odnośnie do paraliżu, jest żywo dyskutowane i sprzecznie komentowane. Wspomniani wyżej autorzy (Dübel i Frankl) twierdzą, że leczenie to nie ma żadnego wpływu na częstość przypadków porażenia. Rothström w swej statystyce (większa śmiertelność p. p. stale od 1923 we Finlandji) nadmienia, że nie możemy dotąd określić wartości profilaktycznej leczenia salwarsanowego odnośnie do paraliżu. Pewni autorzy (Carrera, Weatherby) ograniczają się tylko do stwierdzenia, że leczenie salwarsanem nie ułatwia powstawania porażenia.

Według Sézary'go niedostateczne leczenie wczesnego syfilisu sprzyja powstawaniu p. p., co potwierdzają też Bloch (statystyka kliniki zurychskiej), Grszebin, Norris i wielu innych.

Bardzo często spotyka się zapatrywanie, wedle którego żadne leczenie nie chroni luetyków z całą pewnością przed wystąpieniem kiły ośrodkowego układu nerwowego.

Na zakończenie wspomnę jeszcze o teorji Powera, który stwierdzone przez siebie obniżenie się liczby paralityków w Anglji wiąże przyczynowo nie tylko z lecznictwem salwarsanowem, lecz także ze zmniejszaniem się alkoholizmu, oraz podkreśla, że przebycie wybitnych luetycznych zmian skórnych chroni osobnika przed wystąpieniem porażenia.

O zapatrywaniach na malarję leczniczą jako profilaktykę porażenia wspomnę później.

Badania Kapluna i Morejnisa (wśród rodzin pacjentów z chorobami luetycznemi mózgu i rdzenia znaleźli w 57 proc. badanych dodatniego Wassermanna krwi, a z tych w 38 proc. metalues) przemawiają zdaniem autorów zarówno za teorją konstytucjonalną jak i neurotropową etjologji p. p. Za istnieniem specjalnych spirochet neurotropowych opowiada się na podstawie swych doświadczeń na myszach i królikach Schlossberger i twierdzi, że spirochety stają się w mózgu neurotropowe.

Georgi i Praussnitz hodowali spirochety na tkance mózgowej i otrzymali nowy szczep (potwierdzony przez próby serologiczne), co przemawiać może także za wspomnianą teorją.

Natomiast Rivela zastrzykując płyn mózgowo-rdzeniowy paralityków do cisterna magna królików, nie otrzymał żadnych objawów klinicznych, a w płynie królików znalazł tylko limfocytozę, którą ocenia jako niecharakterystyczną, gdyż powstaje ona także po zastrzykiwaniach płynów nieparalitycznych. Mogłoby to przemawiać przeciw teorji neurotropowej podobnie jak doświadczenia Perkela.

Eksperymenty Levaditi'ego z Marie i Lépinem dały wynik negatywny (przeszczepianie papki mózgowej punkcjonowanych przeważnie nieleczonych paralityków na króliki), wskutek czego autorzy przypuszczają, że spirochety paraliżu są to postacie końcowe, które utraciły już zaraźliwość.

Steiner stwierdził, że w napadach spirochetozy kur zarazki dostają się do mózgu i znajdują się tam nadal i po przebyciu infekcji. Wedle Jahnela spirochety kur najpóźniej giną w mózgu, jednak przeszczepianie mózgu wyzdrowiałych kur na zdrowe (w dłuższy czas po chorobie) dało wynik negatywny.

Lépine, badając myszy, nie znalazł (po szczepieniach podskórnych jak i domózgowych) spirochet w wątrobie, śledzionie ani też w mózgu (Prigge i Jahnel znajdowali je w gruczołach limfatycznych), natomiast miał niekiedy dodatnie wyniki przeszczepiań mózgu zakażonych myszy na króliki, przyczem inkubacja spirochetozy myszy wynosiła zawsze powyżej 100 dni. Przy szczepieniu materjałem ze śledziony myszy otrzymywał dodatnie wyniki u królików nawet wtedy, gdy inkubacja spirochetozy myszy trwała krócej niż 100 dni.

Według Eddisona ważną rolę w powstawaniu paraliżu odgrywa uszkodzenie układu siateczkowo-śródbłonkowego przez lues, przyczem zaznaczam, że układ ten budzi coraz większe zainteresowanie u neurologów i psychjatrów odnośnie do p. p. Choroszyn twierdzi, że syfilis nabyty po 50-ym roku życia ma specjalną skłonność do usadowienia się w systemie nerwowym, przyczem podkreśla, że inkubacja jest wtedy stosunkowo krótka. Obecnie opisuje się dużo przypadków p. p. ze skróconą inkubacją (przypadek Roggenbau'a dotyczący 18-letniej dziewczyny, która 1/2 roku po objawach drugorzędnych została przyjęta z pierwszymi objawami paraliżu).

W poniżej podanych wynikach Dziekanki znajduje się podobny przypadek.

Sarbó, przeciwnik teorji neurotropowej, twierdzi, że paraliż powstaje albo powolnie drogą limfatyczną, albo szybko drogą krwionośną.

Przechodząc do oceny znaczenia kultury i cywilizacji w zajmującem nas zagadnieniu wspomnę Stanojewica, który podkreśla, że p. p. na Bałkanie jest częste i wskutek tego odrzuca znaczenie cywilizacji dla etjologji p. p. i uważa za główny czynnik indywidualne usposobienie, mianowicie przedewszystkiem zmniejszoną odporność naczyń mózgowych.

Przeciw większemu znaczeniu cywilizacji dla etjologji porażenia przemawiać może również częstość p. p. w Rumunji (Paulian) i t. p.

Z przeciwnych zapatrywań wspomnę pracę Dumolarda i Sarrony'ego, którzy przypisują duże znaczenie cywilizacji. Według nich w Algierze syfilis jest częsty a metalues rzadki, co tłómaczą także wpływem malarji naturalnej, o czem jeszcze poniżej.

Podobnie Wiedeburg, omawiając rozprzestrzenienie p. p. w Niemczech, przypisuje duże znaczenie w etjologji paraliżu szkodliwościom cywilizacji. Marie występuje przeciw przydawaniu różnicom rasowym znaczenia w powstawaniu paraliżu, a podkreśla znaczenie malarji naturalnej (patrz niżej).

Pokrótce wspomnę jeszcze o badaniach procesu paraliżu. Guttmann i Kirschbaum twierdzą na podstawie swych badań encefalograficznych, że im dalej postępuje proces paralityczny, tem większe jest rozszerzenie komór bocznych mózgu i wybitniejszy hydrocephalus, w remisjach natomiast zmian tych nie zna-

chodzili. Uważają oni, że encefalografja ułatwia prognozę (także i po malarji leczniczej).

Badania anatomo-patologiczne Hechsta stwierdziły, że proces paralityczny szerzy się zwykle także i w regio hypothalamica (nacieki i degeneracje).

Przechodzę do zagadnień dotyczących leczenia porażenia z pominięciem samej malarji.

Co do specyficznego leczenia chemicznego, to nadal chwalą tryparsamid. Jaenike miał na 100 przypadków paraliżu 5 proc. wyleczeń (!), 38 proc. popraw, przytem jednak 21 proc. zgonów. Kirby miał 28 proc. remisji, 26 proc. popraw, 34 proc. zejść śmiertelnych. Twierdzi on jednak, że sam tryparsamid nigdy nie jest przyczyną śmierci, a tylko inne czynniki, przyczem należy uwzględnić długi czas leczenia. Sézary i Barbé zachwalają usilnie stovarsol i uważają go za znacznie mniej niebezpieczny od malarji i nadający się do stosowania nawet w kacheksji. Wśród przypadków z p. p. expansiva mieli 45 proc. remisji a 23 proc. popraw, zaś w dementia simplex 73,6 proc. bez poprawy (!). Polcsán zachwala metodę Dattnera, a mianowicie codziennie 0,15 salwarsanu (dawka ogólna 12 — 50 gramów) z malarją lub bez, i twierdzi, że metodą tą otrzymuje się lepsze wyniki somatyczne i przedłuża życie. Solomon zaleca w początkowych przypadkach porażenia długotrwałe, nieprzerwane leczenie chemiczne.

Mariotti stosuje „autoliquorarsenobenzol“ (dożylnie 10 — 15 ccm płynu m.-rdz. + salwarsan od 0,15 do 0,9, ogółem 5 — 6 gramów). Zamiast arsenu daje się czasem jod.

Blesse propaguje ostatnio metodę Swift-Ellisa (dożylnie arsphenamin, po 5 minutach pobranie krwi, a następnie zastrzykiwanie surowicy pobranej krwi dolędźwiowo). Injekcje daje się co tydzień przez 6 tygodni, potem przerwa sześciotygodniowa, po której druga kuracja; podczas leczenia stale jod doustnie. Na 100 przypadków w ten sposób leczonych, tylko 9 było bez klinicznej poprawy, nie było też nigdy działania ubocznego. Podobnie Brunner stosuje w porażeniach początkowych metodę Gennericha, przyczem obok leczenia intralumbalnego daje salwarsan, bizmut i jod. W ten sposob uzyskał 50 proc. remisji i 33 proc. popraw (!).

Metody dordzeniowe mają zwolenników szczególnie w Ameryce, Anglji i Włoszech (Clerici). Leczenie chemiczne ze

pchnięte początkowo przez malarję na plan dalszy, obecnie zyskuje znowu na znaczeniu. Według F. H. Lewy'ego leczenie chemiczne działa w schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego tylko w tych przypadkach, w których istnieje tendencja do samoleczenia. Szkodliwe działania salwarsanu w mózgu opisują ostatnio Pollak i Riehl. Tak jak salwarsan miał poprzedników w rtęci i jodzie a spowodował sam następnie różne próby ulepszeń (tryparsamid, stovarsol, metody dordzeniowe), tak i malarja miała swych naturalnych poprzedników (natrium nucleinicum, tuberkulina), następnie różne współistniejące (typh. recurrens) i zastępcze sposoby leczenia. Natrium nucleinicum, mleko (i inną proteinoterapję) stosuje się tylko zastępczo. W Niemczech odosobniony jest pod tym względem C. Schmidt, który na ostatnim zjeździe niem. neurologów zachwalał natrium nucleinicum.

Mleko stosowano dawniej dużo na Węgrzech (Somogyi) i w Rumunji. Ostatnio Paulian stwierdził, że mleko nie daje wyników i może być stosowane jedynie do prowokowania napadów malarji podobnie jak i natr. nucleinicum (Wilczkowski). U nas zaleca je w tym celu Prussak. Stosowany dawniej pyrifer (Moewes, Meyer, Runge) obecnie jest w zapomnieniu głównie dzięki surowej krytyce Kaudersa (ujemne wyniki, a zwłaszcza niebezpieczeństwo infekcji), podobnie też saprovitan. Nie stosuje się też tuberkuliny, którą nie tak dawno jeszcze polecali Hesnard, Marie i Kohen, Goria i inni. Spotyka się często wzmianki o coraz to innych, często wprost fantastycznych, metodach gorączkowych (benzynol, drożdże), których zwykle poza odkrywcami nikt nie stosuje. Japończyk Mori uważa casenol, stosowany intralumbalnie, za równy co do wartości leczniczej malarji. Bonasera poleca próbować zastrzyki mleka i stowarsolu jako kurację wstępną wzgl. uzupełniającą leczenie malarją.

Wszelkie przechwalane dawniej proteinoterapje, a także chemiczne i szczepionkowe metody gorączkowego leczenia należy obecnie uważać jako co najwyżej pomocnicze (czy zastępcze metody lecznicze w pewnych tylko przypadkach). Ze szczepionek używana jest obecnie przeważnie tylko durowa (Mackenzie, Goldsmish). O'Leary poleca ją w zastępstwie malarji. Stosowany we Francji dmelcos doznaje obecnie stale krytyki

(Abely) ze względu na niebezpieczeństwo i słabe wyniki. Poza Francją jest on mało w użyciu.

Z chemicznych gorączkowych metod leczniczych uległ zapomnieniu, mimo propogandy O. Fischera, flogetan.

Z chemicznych środków większe zainteresowanie budzi obecnie tylko sulfozyna Schroedera. Autor ten jednak przecenia jej wartość, zwłaszcza gdy uważa ją za środek prawie specyficzny w zachorzeniach syfilitycznych. Naogół uchodzi sulfozyna za dobry środek zastępczy malarji, a przewyższa ją tem, że nie jest niebezpieczna i może być stosowana w tych daleko posuniętych przypadkach, w których nie można stosować malarji, i wtedy daje często dobre wyniki przynajmniej somatyczne. (Warstadt, Stiefler, Jacobson). Poniżej przytoczone metody mają znaczenie chyba tylko bibljograficzne.

Leczenie lipoidami rosjan (Epstein, Tylewicz i Kontorowicz) nie dało wyników. Ostatnio Steinfeld opierając się na swych dawniejszych badaniach zastosował z dobrym wynikiem w 4 przypadkach metaluesu endolumbalne infekcje lipoidów mózgowych. Waller i Brand wychodząc z założenia, że w chorobach zakaźnych (a więc i malarji leczniczej) istnieje acydoza, stosowali specjalną djetę i salmiak w celu otrzymania acydozy leczniczej. W Ameryce (Mehrtens) próbowano stosować kąpielowe leczenie gorączkowe, a na Węgrzech (Weisz) zastrzyki dożylne krwi paralityków z poprawą po malarji w daleko posuniętem porażeniu.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o chorobach zakaźnych w leczeniu p. p. O wspomnianych w poprzedniej pracy mojej próbach z framboezją (Jahnel), z syfilisem (Sagel) jak i surowicami antyluetycznemi nie znalazłem w dostępnej mi literaturze żadnych dalszych wzmianek. Z innych chorób zakaźnych stosowano różę, pozatem proponowano nawet zakażenie ropne, tryper, reumatyzm (!) i t. p.

Mniej niż dawniej znajduje zastosowanie febris recurrens, wzmianki o nim są obecnie rzadkie (Takkano, Eddison). Natomiast zainteresowanie badaczy skierowało się ku innym pokrewnym spirochetozom, przedewszystkiem treponema hispanicum (febris recurrens hispan.) — (Mas de Ayala). Szczepi się zarazek ze szczurów, myszy, kultur lub ludzi chorych, ataki choroby trwają zwykle 4 dni, przerwy międzynapadowe 3—5 dni, dopuszcza się tylko 4 napady i o ile choroba sama nie

ustąpi, przerywa się ją salwarsanem. Obok tego stosuje się także odmianę japońską t. zw. sodoku (Grabow i Krey).

Wspomniani autorzy twierdzą, że sodoku daje lepsze wyniki i jest mniej niebezpieczny niż malarja. Wymienione spirochetozy są podobnie jak malarja łagodniejsze przy stosowaniu w lecznictwie w porównaniu do naturalnych.

W związku z powyższem wspomnieć należy o badaniach Kriczewskiego, na podstawie których autor twierdzi, że febris recurrens przeszczepiony na myszy **nie** niszczy w mózgu tych zwierząt spirochet. Wagner — Jauregg referując niedawno (Wien. med. Woch. 1930 1 651 —) o wszystkich prawie metodach leczniczych w paraliżu i stosowaniu tychże także w innych chorobach ośr. układu nerwowego, stawia na pierwszem miejscu malarję, a metody powyższe traktuje jako nie mogące dorównać malarji, i stawianie ich na pierwszem miejscu nazywa cofaniem się do okresu przedmalarycznego.

Malarja lecznicza w dalszym ciągu znajduje wielkie zainteresowanie u badaczy zajmujących się lecznictwem chorób kiłowych, a nawet i niekiłowych ośrodkowego układu nerwowego. Zainteresowanie to jednak osięgnęło już dosyć dawno swoje największe natężenie, a obecnie słabnie nawet na korzyść różnych nowszych metod. Fala przesadnego optymizmu, w stosunku do malarji leczniczej, można rzec, mija.

Lecznictwo malaryczne zostało wzbogacone licznemi odmianami, powstałemi na skutek odrębnych wyników i warunków w różnych ośrodkach naukowo-leczniczych. Badania kliniczne i mikroskopowe malarji leczniczej dają naogół dosyć zgodne wyniki, zwłaszcza odnośnie do względnie łagodnego przebiegu i znacznego procentu samoistnego wygasania. Klinika warszawska (Ławrynowicz, Łącki i Wilczkowski) podaje wysokość tego procentu samowygasań na 19,7%.

Zapatrywania Wagnera i Hermanna na znaczenie grup krwi dla inkubacji i obrazu malarji leczniczej potwierdza ostatnio Wethmar.

A Mari podaje, że wszystkie objawy chorobowe zimnicy leczniczej i naturalnej są identyczne, że zarazki zimnicy leczniczej nie zmieniają się przez pasaże, a wszelkie nieregularności przebiegu są tylko następstwem odrębności szczepów, a nie zmian zarazka w pasażach. Podobnie podają wspomniani wyżej autorzy z kliniki warszawskiej i liczni inni.

Rozdział, traktujący o metodyce leczenia zimniczego, nie wymaga dokładniejszego omówienia w pracy krytycznej, gdyż fakty są przeważnie ustalone a zapatrywania nie wykazują tej rozbieżności co w innych kwestjach.

Należy tylko nadmienić o najnowszych dążeniach unieszkodliwienia zjadliwości i niebezpieczeństw szczepionej zimnicy.

Kirschbaum oraz F. O. Schulze polecają czwartaczkę z powodu łagodniejszego jej przebiegu.

Istnieją obecnie 4 najważniejsze metody łagodzenia przebiegu malarji a mianowicie:

1. stosowanie malarji w 2 ratach,
2. metoda Kaudersa (małe dawki chininy 0,1 — 0,2 w czasie malarji),
3. przedłużanie interwałów międzynapadowych przez podawanie zaraz po napadzie 0,5 chininy,
4. najnowsza metoda (Horn i Kauders): podawanie od drugiego dnia po zaszczepieniu 0,05 chininy co drugi dzień, a więc podczas inkubacji malarji (przez co przedłuża się wylęganie), oraz stosowanie tej samej dawki chininy zaraz po napadzie (wtedy plazmodje są najwrażliwsze na chininę). Jeżeli napady gorączki są niewysokie, to wtedy daje się chininę w przerwach między napadami, a nie zaraz po napadzie.

Horn i Kauders zalecają swą metodę przedewszystkiem w tabes (atrophia n. optici).

Według Kaudersa stosowanie chininy przed zaszczepieniem (Kirschbaum) nie ma żadnego wpływu na przebieg malarji

Najczęściej dopuszcza się 12 napadów, podczas gdy Wagner, we wspomnianym już wyżej referacie, uważa za optymalną ilość 8 napadów.

Anglicy stosują nadal szczepienie malarji przez ukąszenie anofelesów. Ostatnio Nicol podaje, że metoda ta daje 60—70% recydyw.

Większość stosuje leczenie kombinowane i to najczęściej malarja plus salwarsan lub pokrewne mu środki. Stosują też zamiast salwarsanu prawie wszystkie wyżej wspomniane środki specyficzne jak i niespecyficzne. Dominują jednak nadal preparaty arsenowe.

Przechodząc do wskazań oraz przeciwskazań do malarji, wspomnę tylko o Wagnerze i Gerstmannie, gdyż ich ostatnie określenia są nader ciekawe, ze względu na autorów. Są one, zdaniem mojem, nader charakterystyczne dla obecnej tendencji ograniczenia stosowania malarji. Pierwszy z nich (cytowany już wyżej referat) uważa p. p. za główną domenę malarji, w innych natomiast schorzeniach metaluetycznych malarja ma być tylko środkiem pomocniczym w stosunku do leczenia chemicznego; pozatem odradza stosowanie malarji w parkinsonizmie postencefalitycznym, i do pewnego stopnia w schizofrenji. Podobnie konkluduje Gerstmann (malarja „ultimum remedium“ poza pp.) Wbrew utartemu zapatrywaniu występuje Solomon, zalecając w początkowych okresach paraliżu leczenie chemiczne a dopiero w późniejszych malarję.

Przechodzę do badań nad działaniem malarji oraz teorji tłómaczących to działanie.

Ferraro stwierdził, że malarja zmniejsza objawy zapalne paraliżu, natomiast mało wpływa na zmiany komórek, przyczem w okresie gorączkowania zimniczego jedyną zmianą wywołaną przez malarję jest obrzęk śródbłonków małych naczyń. Autor nie znalazł w swych badaniach histologicznych podstawy do przyjęcia teorji Gerstmanna o przemianie procesu paralitycznego w lues cerebri. Podobnie (zmniejszenie objawów zapalenia) twierdzą Claude, Lehoczky i inni. Pewna część badaczy mówi o egzacerbacji procesu zapalnego paralitycznego przez malarję (Wilson).

A. Sierra, który znajdował spirochety w mózgach paralityków leczonych malarją, zaprzecza istnieniu przemiany procesu porażenia przez malarję; między innemi, nie zgadza się z poglądem, iż malarja powoduje hypertrofję gleju. Hechst znajdował po malarji krwotoki w regio hypothalamica i przypisuje im duże znaczenie wśród przyczyn zejść śmiertelnych po malarji.

Autorzy rosyjscy (Liachowski, Barzach) stwierdzili w malarji zmiany grup krwi.

Co do zmian krwi, to według Stendera w malarji wytwarza się limfocytoza lub limfopenja, które to zmiany utrzymują się i po malarji w przypadkach bez poprawy. Schmidt, Dujardin, Kral, Blum i inni stwierdzili zwiększenie przepuszczalności opon w czasie leczenia malarją, które to zwiększe-

nie zwykle potem ustępowało (zwłaszcza w poprawach). E. Klemperer znalazł w płynie m.—rdz. paralityków alkalozę, która podczas malarji przechodzi w acydozę, a po malarji, o ile nie nastąpi poprawa, wraca znowu alkaloza.

Wyniki pewnych badań (Bruetsch, Eddison) mają przemawiać za wielkiem znaczeniem układu siateczkowo-śródbłonkowego, mianowicie malarja ma stymulować ten układ osłabiony przez proces paralityczny. Według badań Montiego malarja wypędza spirochety z mózgu, do śledziony i szpiku kostnego. Podobny był wynik badań Freemana. Eksperymenty Caldwella dały wynik następujący. Surowice nieluetyczne mają słabą zdolność aglutynowania spirochet, zdolność ta jest dużo wyższa u surowic luetycznych, a w najwyższym stopniu aglutynują spirochety surowice paralityków, których leczono malarją. Gerstmann, Leroy i Krayenbühl opisali stany halucynacyjno-paranoidalne w czasie malarji leczniczej, inni stany katatoniczne, obrazy schizofreniczne (Bertolani) i t. p. Według Gerstmanna objawy te wskazują na przemianę paraliżu w lues cerebri, co Gerstmann uważa za proces korzystny. Przeciw tej teorji wystąpił energicznie ostatnio Bostroem. Magunna przekonał się, że te wtórne objawy mają znaczenie niekorzystne, a Warstadt opisał podobne stany po grypie i enteritis.

W związku z tem zagadnieniem opisywane są często zmiany kiłowe trzeciorzędne u paralityków po malarji. Benvenuti i Dujardin twierdzą, że zmiany te są wyrazem zmienionego stosunku spirochet do organizmu, świadczą one o tem, że malarja przemieniła analergję paralityka w alergję (powrót alergicznej reakcji skóry po malarji) istniejącą w lues III. Leroy mówi wprost, że malarja tercjaryzuje paralityka. Inni (Kufs) mówią ogólnikowo o przestrojeniu organizmu.

Co do działania malarji na spirochety to według Jahnela, Weichbrodta i Dujardina hypertermja uszkadza krętki. C. Schmidt sądzi, że malarja działa w ten sposób, że niszczy spirochety oraz oddziaływa leczniczo na ustrój przez leukocytozę i zwiększoną przepuszczalność opon. Merzbacher (przypisując malarji wielką wartość profilaktyczną) sądzi, że malarja pobudza produkcję ciał obronnych przeszkadzających rozwojowi metaluesu.

Wedle Pauliana należy przypuścić, opierając się na podobieństwie biologicznem zimnicy i kiły, że malarja wytwarza

specyficzne antyciała. Przeciwko teorji Wagnera o niszczeniu spirochet przez malarję, przemawiają badania Sierry i Kriczewskiego. Wielu autorów zwalcza tę teorję (Passini). Niektórzy (ostatnio Santangelo) przyjmują istnienie antagonizmu między malarją a luesem względnie paraliżem, w znaczeniu aktywowania przez malarję wszystkich sił obronnych organizmu i przypisują podobne znaczenie wszelkiemu leczeniu gorączkowemu a nawet specyficznemu. Wspomniany wyżej Monti zaprzecza istnieniu podobnego antagonizmu.

Teorji, usiłujących tłómaczyć i zobrazować dokładnie działanie lecznicze szczepionej malarji, jest więc dużo a tłómaczenia są rozbieżne, bardzo często jednostronne lub zbyt ogólnikowe.

Twierdzę nadal, że nawet najdokładniejsze systematyczne badanie w tym kierunku nie wystarczy, dopóki nie znamy dokładnie etjologji i patogenezy porażenia postępującego. Wiele z tych teorji wymaga obszerniejszego materjału dowodowego, gdyż opiera się tylko na szczupłym materjale autorów.

Zdaje się, że twierdzenie o wybitnem krętkobójczem działaniu samej malarji nie może być nadal utrzymane, podczas gdy jakieś szkodliwe działanie gorączki na spirochety, jest prawdopodobne. Wszelkie przypuszczenia opierające się na teorjach o odporności i alergji w innych chorobach zakaźnych (gruźlica) są jeszcze za wczesne (występowanie zmian luetycznych trzeciorzędnych w p. p.). Obecnie nawet Wagner i Gerstmann uważają, że w luesie malarja lecznicza ma tylko znaczenie dodatkowe i polecają ją (jak i znaczna większość zwolenników malarji) tylko do leczenia późnych syfilitycznych zmian płynu m.-rdz. nie ustępujących pod wpływem leczenia chemicznego (Dujardin). W związku z powyższem dużo dyskusji toczy się około zagadnienia o profilaktycznej wartości malarji u luetyków w stosunku do zachorzeń kiłowych ośrodkowego układu nerwowego. Nawet zwolennicy malarji opisują nadal dużo przypadków, w których paralitycy przebyli po zakażeniu syfilisem malarję (Leroy, Gougerot, Rizzatti, Fribourg-Blanc, Rodriguez-Arias i wielu innych). Mariotti podaje, że u wielu luetyków przebycie malarji przyśpiesza wystąpienie porażenia postępującego. Większość najnowszych statystyk, z krajów gdzie malarja panuje endemicznie, stwierdza mimo to znaczną ilość przypadków porażenia (Logo, Paulian, Stanojewic, Pfister) i innych postaci metaluesu. Fakty powyższe wykluczają możność przypi-

sywania malarji właściwości zapobiegania powstawaniu porażenia czy innych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Obecnie zajmę się przedstawieniem wyników leczenia malarją uwzględniając przedewszystkiem statystyki o większym materjale. Prussak miał na 30 przypadków 8 remisji i 7 popraw, a więc 50 proc. pomyślnych wyników. Dobre wyniki otrzymali Marie, Fribourg-Blanc, Abely (w 5 przypadkach ustąpienie Argyll-Robertsona!), O'Leary, Chevalier, Rodriguez-Arias, Somogyi, Nyirö, Vallejos, Nágera i inni. Ten ostatni zebrał z literatury w swej monografji 9000 przypadków paraliżu leczonych malarją, w 51,12 proc. których było pomyślne działanie malarji.

Nie wiadomo jednak, czy te przypadki nie dotyczyły często tylko popraw cielesnych i czy autorzy wyłączyli ze swych statystyk przemijające (1 — 3 miesiące trwające) poprawy. Sprawę tę poruszę w części końcowej niniejszej pracy.

Ogłoszono też kilka prac katamnestycznych. Claude, Cossa i Garaud podają katamnezę 277 przypadków porażenia (obserwacja powyżej 2 lat), z których 20,58 proc. nadal było zdolnych do pracy (wszystkie te przypadki dotyczą paralityków leczonych 6 — 12 miesięcy po wystąpieniu p. p. !). Zaznaczyć należy, że między zdolnością do pracy zawodowej a zdolnością do zajmowania się lekką pracą zachodzi wielka różnica, czego się często nie uwzględnia. Lossius opisuje 52 porażeńców, którzy przebyli leczenie kombinowane w czasie 1923—1926, z nich w r. 1929 z 11 remisji utrzymało się jeszcze 10, a z 8 popraw tylko 4.

Katamnezy Störringa nie obejmują całego materjału autora. Guillain i Peron leczyli 57 paralityków nie potrzebujących opieki zakładowej, malarją. Z nich musiano 28 proc. oddać do zakładu w 1 miesiąc po zaszczepieniu malarji (!) — pozatem zgonów z winy malarji było 12 proc.

De Asis miał na 101 przypadków wszystkich popraw 32,6 proc. mimo, że materjał jego był wybierany.

Magunna opisuje 25 proc. stanów halucynacyjno-paranoidalnych i podkreśla, że w przypadkach tych poprawa nie wystąpiła.

Spotyka się w literaturze prace podające jeszcze gorsze wyniki niż de Asisa.

Co do śmiertelności z winy malarji to uderza wysoka często śmiertelność w statystykach przedstawiających wyniki dobre. I tak Paulian 13,6 proc., Vallejo Nágera (materjał własny) 12,69 proc.

Rodriguez-Arias 22 proc. (na 70 przypadków leczonych), Cardillo 18,6 proc., Marschak 14 proc., Wilson 9 proc., Wada 10 proc. Freeman, zwolennik malarji, miał też wysoką śmiertelność na skutek malarji. Większość zwolenników malarji (wyniki dobre!) stosuje leczenie kombinowane. Dotychczasowe wyniki wykazują przeważnie brak paralelizmu między poprawami klinicznemi a serologicznemi. Nieliczni tylko są innego zapatrywania (Dattner).

Stwierdzono, że zmiany likworu wyleczonego po malarji często potem wracają, tak, że nawet stwierdzenie negatywnego stanu płynu m.-rdz. nie upoważnia do przyjęcia wyleczenia i wykluczenia progresji procesu paralitycznego.

Według Dupony'ego zmiany płynu m.-rdz. mogą ustąpić zupełnie nawet bez leczenia.

Do skrajnych poglądów należy zapatrywanie (Borda), że wszystkie poprawy występujące po malarji są spontaniczne, a nie na skutek malarji.

Powszechnie utrzymuje się zdanie, że najlepsze wyniki dają postacie ekspansywne paraliżu, a najgorsze postacie z objawami schizofrenicznemi. Somogyi (zwolennik malarji) reasumując dotychczasowe wyniki, stwierdza, że wszelkie dotychczasowe metody leczenia dają tylko większą ilość remisji (w porównaniu do spontanicznych), przyczem remisje te dłużej trwają. Wedle tego autora należy dążyć do zdobycia silniejszych od salwarsanu środków zabijających spirochety.

Obecnie przechodzimy do drugiej części pracy niniejszej a mianowicie do wyników otrzymanych w Dziekance przy stosowaniu malarji w leczeniu porażenia postępującego.

Materjał niniejszy obejmuje 22 przypadki (leczone od 1. I. 1929 do końca listopada 1930) paraliżu z pominięciem innych postaci chorób kiłowych systemu nerwowego, leczonych malarją w tutejszym zakładzie. Z tych 22 przypadków było 19 mężczyzn i 3 kobiety. Szczepiono zarówno dożylnie jak i domięśniowo i podskórnie. Wiek szczepionych wahał się od 27—60 lat. W wieku od 50—60 lat był 1 pacjent, między 40 a 50 było 9, między 35 a 40 było 4; 30—35 było 6, jeden pacjent miał 29 a jeden 27 lat. Inkubacja malarji wahała się w granicach 2—37 dni. W większości przypadków od 2—10 dni. Przy szczepieniu domięśniowem inkubacja ta wahała się od 7—18 dni (1 przypadek przy powtórnem szczepieniu 37 dni). Przy szczepieniu podskórnem inkubacja trwała dłużej niż 10 dni. Czas trwania leczenia ma-

larycznego wynosił od 4—35, dni tylko w 4 przypadkach poniżej 10 dni, znaczna większość od 10—20 dni. Ilość napadów od 5—22, w 8 przypadkach poniżej 10 napadów, większość od 10—15 napadów, Najczęstszy typ gorączki febris quotidiana lub do niej zbliżonej (mieszanej), czystej trzeciaczki nie było. Postacie codzienne występowały prawie u wszystkich szczepionych dożylnie.

Jeżeli chodzi teraz o okres czasu, który upłynął od początku choroby do zastosowania leczenia, to wahał się on od 3 tygodni (2 przypadki) do 46 miesięcy, przyczem od 3 tygodni do 3 miesięcy było 5 przypadków, od 3—6 miesięcy 4, od 6—12 miesięcy 4, od 1—2 lat 4, od 2—3 lat 1 i powyżej 3 lata 2, w 2 przypadkach nie udało się tego czasu ustalić.

Co do inkubacji paraliżu to udało ją się ustalić tylko w 4 przypadkach, inkubacja ta wahała się od 3—10 lat, 1 pacjent (27-letni) 3 lata, 1 pacjent (60 letni) 6 lat, jeden 6—7, a jeden 6 — 10 lat.

Z tych przypadków tylko 2 (mężczyzna 60-letni i kobieta 41 lat) były daleko posunięte, postaci początkowych (klinicznie) było 8. W 2 przypadkach posuniętych czas trwania choroby przed leczeniem u mężczyzny (60 lat) 3 miesiące, u kobiety (41 lat) 27 miesięcy, co do przypadków początkowych odnośne cyfry wahają się od 3 tygodni do 1 roku, (chodzi o początkowe postacie pod względem klinicznym!).

Co do wyniku badań krwi i płynu, to spotykano niekiedy niewspółmierność obrazów klinicznego i serologicznego (n. p. kobieta 32 lat, p. p. incipiens Wassermann krwi i płynu silnie dodatni, płyn typowo paralityczny; mężczyzna 42 lat, choroba trwa 3½ roku, dementia, klinicznie pewne p. p., krew i płyn Wassermann ujemny, płyn pozatem zmiany minimalne).

Co do szczegółowych wyników wspomnianych badań, to w 12 przypadkach był płyn silnie dodatni, a rozpoznanie serologiczne p. p. (z tych 1 kobieta 41 lat płyn typowo paralityczny, W. płynu silnie dodatni, a W. krwi ujemny) — w 2 przypadkach Wasserman krwi i płynu ujemny, w płynie zmiany o typie kiłowym. — w 2 przypadkach, (z tych jeden dementywny szczepiony powtórnie) płyn i krew bez zmian, w 4 przypadkach płyn i krew W. ujemny, w płynie zmiany minimalne niecharakterystyczne, w 2 przypadkach nie badano (pacjenci nie zgodzili się na nakłucie lędźwiowe).

Wyniki leczenia tych 22 przypadków są następujące:

2 exitus z winy malarji,
2 pogorszenia
13 bez zmiany (1 potem zmarł)
3 mała poprawa
2 remisje.

Zaznaczyć należy, że wśród tych 13 przypadków z brakiem wyniku znajdują się wszystkie przypadki leczone po 1. VII. 30, obecnie jednak (luty 1931) będące conajmniej 3 miesiące po malarji. W obu przypadkach remisji zwolniono pacjentów w stanie praktycznego wyleczenia z powrotem zdolności do zajęć uprawianych przed chorobą. Oba te przypadki (mężczyzna 30 lat, kobieta 32) należały do postaci początkowych. Ostateczne wyniki dotychczasowego leczenia malarją paraliżu w Dziekance, t. j. od początku 1925 do końca 1930 — a więc łącznie z wynikami podanemi w mej pracy poprzedniej — przedstawiają się następująco:

11 przypadków (9 + 2) zmarło z winy malarji, pogorszenie w 4 przypadkach (2 + 2), 57 (44 + 13) bez wyniku, polepszenie 29 (24 + 5), z czego remisji tylko 10 (8 + 2).

Procentowo przedstawia się to, w zaokrąglonych cyfrach, następująco: (101 przypadków):

śmiertelność 11 proc.
pogorszenia 4 proc.
bez poprawy 57 proc.
polepszenia 29 proc.
(z czego remisji 10 proc.)

Wynik ogólny z całego dotychczasowego materjału odnośnie do popraw (29 proc.) jest nieco gorszy od wyniku pracy poprzedniej (30,24 proc.). Co do leczenia salwarsanowego po malarji to stosowano je w 5 przypadkach, a w 17 nie stosowano. W tych 5 przypadkach były 1 remisja, 1 małe polepszenie, 3 bez zmiany. Przeważnie nie stosowano leczenia chemicznego dla poznania wartości leczniczej samej malarji. Z tych 22 leczonych pacjentów (2 zmarło) zwolniono 6, z czego 2 z remisją, 2 z małą poprawą, 2 bez zmiany, reszta t. j. 14 pozostaje nadal w zakładzie. Wśród tych 22 było 5 szczepionych powtórnie, z czego 3 bez wyniku, 1 pogorszenie, 1 mała poprawa. Wśród tych 5 powtórnie szczepionych jest 3 notowanych już w statystyce pracy poprzedniej w rubryce (także) bez poprawy.

Podam jeszcze katamnezę dotyczącą 28 pacjentów ze statystyki pracy poprzedniej (1929), którzy pozostali w zakładzie po leczeniu malarją. Z nich: 1) 4 zmarło (3 było bez poprawy, 1 z pogorszeniem), 2) u 7 nastąpiło pogorszenie (3 było polepszenie, a 4 bez poprawy), 3) 17 pozostało bez zmiany (16 było bez poprawy, a 1 pogorszenie).

Z tych 28 przypadków 2 było szczepionych (leczonych) ponownie i równie bez wyniku jak po pierwszem leczeniu.

Wymieniona powyżej katamneza jest mniej pomyślna od katamnez notowanych w literaturze (Claude, Lossius) i zgodnie z powyżej podanymi wynikami uzasadnia dostatecznie krytyczne stanowisko Dziekanki w stosunku do malarji leczniczej.

Po zobrazowaniu zagadnień związanych z leczniczem stosowaniem malarji i podaniu wyników Dziekanki przechodzę do ostatniej (krytycznej) części pracy niniejszej.

Ponieważ układ materjału dowodowego w pracy poprzedniej okazał się korzystny, zachowuję ten układ poniżej, przyczem nadmieniam, że poniższe uwagi krytyczne są tylko uzupełnieniem krytyki malarji w pracy poprzedniej.

1) Wartość profilaktyczna malarji (przebytej przez luetyków) odnośnie do powstawania paraliżu.

Stwierdzić należy, że coraz częściej wykazują, że w krajach, w których malarja panuje endemicznie (i gdzie zwykle cywilizacja jest niska) częstość chorób kiłowych ośrodk. układu nerwowego a zwłaszcza paraliżu zbliża się do częstości stwierdzonej w krajach niemalarycznych (wysoce cywilizowanych) Europy (Paulian, Stanojewic, Lego, Pfister i inni). Bardzo często są też opisywane przypadki paralityków, którzy przebyli przed powstaniem porażenia (często w luesie II. lub III.) malarję naturalną. Przypadków powyższych zna już literatura obecnie dużo, o najważniejszych wspomniałem powyżej. Wreszcie znane są już przypadki, gdzie zmiany płynu m.-rdz. w luesie lub p. p. ustąpiły zupełnie po malarji, lecz w jakiś czas potem znowu wystąpiły (recydywy likworu, patrz wyżej). Stwierdzić też należy, że wyniki leczenia malarją syfilisu udowodniły, że malarja jest w lecznictwie tej choroby tylko środkiem co najwyżej uzupełniającym leczenie chemiczne.

A więc w obecnym stanie rzeczy dowody są tak liczne, że nie wolno nam uważać malarji za środek leczniczy luesu o znaczeniu zapobiegawczem odnośnie do metaluesu.

Wobec tego zapatrywanie dawniejsze przypisujące malarji zdolność trwałego wyleczenia zmian płynu m.-rdz. w luesie i metaluesie (w większości przypadków) musi upaść, a sporadyczne wyjątki potwierdzają tylko regułę. Należy jeszcze zauważyć, że zwykle stosuje się leczenie kombinowane (malarja + salwarsan), a wyników leczniczych tej metody w syfilisie tem więcej nie można zapisywać na dobro malarji, że wiemy, jak potężnemi środkami w leczeniu luesu są salwarsan i inne chemiczne leki.

2) Niebezpieczeństwa malarji.

Mimo różnych ulepszeń sposobów stosowania malarji leczniczej, leczenie to nadal kryje w sobie niebezpieczeństwo dla leczonych i to w wyższym stopniu niż wszystkie inne odnośne metody lecznicze. Komplikacje spowodowane przez malarję spotyka się nadal, a oprócz tego statystyki wyników notują często śmiertelność, zwykle wysoką. Aby się nie powtarzać, odsyłam do rozdziału pracy niniejszej traktującego o wynikach malarji (powyżej).

Nadmieniam, że śmiertelność spowodowana przez malarję leczniczą, waha się w licznych statystykach propagatorów(!) malarji od 10 — 20 proc. W Dziekance mieliśmy mimo wszelkiej zachowanej ostrożności 11 proc. zgonów spowodowanych przez to leczenie.

3) Przeciwwskazania do stosowania malarji.

Już powyżej przytoczyłem jako dowód wzmożonej obecnie ostrożności i osłabienia entuzjazmu (w stosunku do malarji leczniczej) ostatnie konkluzje Wagnera i Gerstmanna, którzy polecają stosowanie malarji zasadniczo tylko w paraliżu, zaś w innych kiłowych schorzeniach tylko jako „ultimum remedium". Coraz mniej stosuje się malarję w chorobach psychicznych nieluetycznych.

Już poprzednio (1929) podkreśliłem, że stosowanie ścisłego wyboru (na podstawie licznych przeciwwskazań) przy leczeniu malarją, wysoka śmiertelność w wynikach tego leczenia, a zwłaszcza, uporczywe szukanie nowych sposobów leczniczych jest najlepszym dowodem, że uogólnianie i przecenianie wartości malarji nie jest na miejscu. Malarja nie jest panaceum lekarskiem, jest tylko jedną z licznych metod, dającą od wielu sposobów nieco lepsze wyniki, ale też i większą śmiertelność.

Malarja nie przewyższa natomiast zdecydowanie wyraźnie chemicznego specyficznego leczenia, a przynajmniej nie w tym stopniu, jak to głoszą niektórzy zwolennicy.

4) Najlepiej dowodzi powyższego fakt, że zpowrotem wprowadza się chwilowo nieco zaniedbane leczenie chemiczne i stosuje się je intensywnie (nawet zwolennicy malarji, Dattner); a otrzymane wyniki są bardzo zachęcające.

W związku z powyższem podkreślam ze szczególnym naciskiem, podobnie jak w mej poprzedniej pracy, że nadal otwartą jest kwestja, co w leczeniu kombinowanem jest zasługą malarji, a co salwarsanu, zwłaszcza gdy przeważająca większość zwolenników malarji naśladuje wagnerowskie leczenie kombinowane. Brak jest specjalnych badań tego zagadnienia. Sam twórca leczniczej malarji (patrz wyżej) wysuwa w tym kierunku poważne wątpliwości, gdy przypisuje malarji zasadnicze działanie tylko w p. p., we wszystkich natomiast innych schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego uważa środki chemiczne za główne leczenie, a malarję za leczenie pomocnicze. Wyłania się wtedy samorzutnie zarzut, dlaczego p. p. ma być wyjątkiem w stosunku do innych zachorzeń kiłowych. Prostszem jest chyba tłomaczenie, że i w porażeniu malarja działa tylko pomocniczo. Zapatrywanie to potwierdzać zdają się najnowsze wyniki leczenia chemicznego (Sézary).

Przechodząc do samych wyników cyfrowych leczenia malarycznego stwierdzić muszę, że nie spotyka się obecnie tak wysokocyfrowych statystyk popraw. Jak poprzednio twierdzę i nadal, że statystyki zakładów są bardziej miarodajne niż odnośne statystyki klinik, i to z kilku powodów. Zakłady rozporządzają większym materjałem, materjał ten nie jest tak dokładnie wybierany, nie składa się tylko z przypadków początkowych paraliżu, czas obserwacji przypadków jest zwykle dłuższy, katamneza pewniejsza. Przypadki zakładowe z nawrotami wracają do zakładów, podczas gdy przypadki klinik liczone jako poprawy często i to niekiedy szybko przechodzą z pogorszeniem do zakładów, a więc uchodzą uwagi i wzmianki klinik. Nabrałem tego przekonania zarówno na podstawie literatury (Guillain, De Asis) jak i doświadczenia w Dziekance.

Teorja Gerstmanna przemiany p. p. w lues celebri na skutek malarji nie może się utrzymać (Bostroem).

Stany halucynacyjno-paranoidalne (Gerstmann) często nie mają znaczenia dla prognozy, często mają znaczenie złe (Magunna), podobnie jak obrazy schizofrenijne p. p. spotykane po malarji (Bertolani).

Wedle Piotrowskiego malarja we wielu przypadkach nie leczy paraliżu, lecz przeinacza obraz psychotyczny wywołując halucynacje, urojenia hypohondryczne, stany manjakalno-depresyjne, objawy katatoniczne, skłonności pieniacze. Pieniactwo tych paralityków zwykle nie jest czemś nowem i nie dowodzi poprawy inteligencji, lecz wskazuje raczej na usposobienie pieniacze chorego, albowiem znane są przypadki z czasów przedmalarycznych, które podpadały skłonnością do pieniactwa. Poza temi zmianami występującemi po malarji leczniczej w p. p. należy uwzględnić także przypadki, w których zaburzenia psychiczne są wyrazem psychotycznym samej malarji niezależnie od p. p.

Najnowsze badania histopatologiczne (Ferraro i inni jak wyżej) zaprzeczają także tezie Gerstmanna o wyraźnej przemianie procesu paralitycznego. Wybitnemu działaniu malarji na p. p. zaprzeczają też pewne badania (Sierra), gdzie znajdowano spirochety w mózgach sekcjonowanych po malarji. Badania te powinny usunąć przesadny optymizm wielu autorów. Możliwość działania hypertermji na spirochety (Jahnel, Weichbrodt, Dujardin) istnieje, wspomniane powyżej wyniki ograniczają jednak tę możliwość, przyczem chodzi tu o gorączkę, a nie specjalnie o malarję. Ostatnio wiele wspominane znaczenie układu retikulo—endotelialnego dla patogenezy p. p. a zwłaszcza teorji działania malarji nie zostało jeszcze dokładniej zbadane, a istniejące wyniki badań są sprzeczne (patrz wyżej).

Nie można ich absolutnie wykorzystać dla oceny korzystnego działania malarji. Tosamo odnosi się do innych badań, o których powyżej wspominałem; wszystko są to rzeczy zbyt świeże, często nie sprawdzane, a często przedstawiające się sprzecznie.

W końcu podkreślę ponownie płynność i niestałość, a więc subjektywność pojęć popraw i remisji jak i trudności odróżnienia ich od popraw spontanicznych. Aby się nie powtarzać, odsyłam do pracy poprzedniej, gdzie krytyka leczenia malarją została szeroko uwzględniona, tak, że tylko pewne uzupełnienia ostatnich dwóch lat zostały w niniejszej pracy poruszone.

Tak więc studjum literatury jak też i dalsze doświadczenia Dziekanki odnośnie do malarji leczniczej potwierdzają ponownie słuszność stanowiska krytycznego Dziekanki w stosunku do nowej terapji.

Panu Dyrektorowi Piotrowskiemu dziękuję na tem miejscu za cenne rady i wskazówki przy opracowaniu tematu.

Hôpital Psychiatrique de Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Réflexions critiques sur la malariathérapie.

Par le Dr. STANISLAS ŚWIERCZEK.

Rapport présenté au XI Congrès des Psychiatres Polonais à Lwów (22. — 25. V. 1931).

Dans la première partie de son rapport l'auteur passe en revue la bibliographie relative à la malariathérapie de la paralysie générale, en tenant compte de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement de cette affection.

Dans la deuxième partie se trouve une statistique des résultats obtenus à l'hôpital de Dziekanka. En ajoutant ces résultats à ceux publiés dans un travail précedent, on obtient pour Dziekanka les résultats globaux suivants: sur 101 paralitiques généraux traités par la malaria 11 prc. de decès, 4 prc. d'aggravation, 57% sans aucune modification et 29 prc. d'amélioration (10 prc. de rémissions).

La troisiéme partie est consacrée à une critique de la malariathérapie. L'analyse critique de la littérature de même que les résultats obtenus à Dziekanka justifient entièrement l'attitude sceptique adoptée dès le début à Dziekanka à l'égard de la malariathérapie.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Langbeinit w leczeniu reumatyzmu i artretyzmu.

Podał Dr. W. GORZKOWSKI - Dziekanka.

Pacjent I. H., lat 49, alkoholik, cierpi na reumatyzm mięśniowy od połowy grudnia, narzekał na bóle w całem ciele. Bóle te z dnia na dzień stawały się coraz silniejsze, pacjent zmuszony był położyć się do łóżka. Przy badaniu stwierdzono bolesność mięśni obu kończyn dolnych tak silną, że chory nie pozwalał się dotknąć. Mimo zastosowania preperatów salicylowych, nacierań i djety bóle stawały się coraz silniejsze i obejmowały coraz to szerszy zakres. Po dwóch miesiącach (w połowie lutego) obraz kliniczny następujący: chory leży bez ruchu, wycieńczony, bo najczęściej zwymiotowuje podany pokarm, nawet płynny (kokaina nie zawsze pomagała). Karmienie chorego utrudnione, bo unoszenie (o włas-

nych siłach nie jest w stanie się podnieść) sprawia choremu dotkliwy ból, podobnie jak reaguje krzykiem na każde, nawet lekkie dotknięcie. Psychicznie czuje się źle, uważa, że niema dla niego ratunku, że niedługo umrze. Wówczas to postanowiłem przeprowadzić kurację kąpielami Langbeinitu, soli wydobywanych w Polsce, w Kałuszu. W skład Langbeinitu wchodzą: sól kuchenna (około 40 proc.), siarczan magnezu (około 30 proc.), i siarczan potasu (około 18 proc.), pozatem nieznaczne ilości siarczanu wapna i chlorku potasu.

Mechanizm działania tych kąpieli nie jest należycie wyświetlony. W sprawie tej Dr. Alfred Galewski w swoim artykule p. t. „Kilka uwag w sprawie Langbeinitowych soli potasowych" podaje: „prawdopodobnie kąpiele te przyspieszają procesy chemiczne ustrojowe, zmieniają przemianę materji, pozatem dostają się w niewielkich ilościach do ustroju, wywołując zagęszczenie krwi.

To zagęszczenie, wywołane ciepłem i stężeniem soli, pociąga za sobą silniejszy przypływ wody z tkanek w celu wyrównania ciśnienia osmotycznego i wywołuje szybsze wchłanianie się procesów patologicznych; pozatem kąpiele te mają obniżać pobudliwość nerwów czuciowych, przez co, po kilku kąpielach, zmniejszają się bóle stawowe". Kąpiele stosowałem dwa razy na tydzień, do jednej kąpieli używałem 1 kg. Langbeinitu na pół wanny wody. Temperatura wody 36 stopni C. Pierwsza kąpiel trwała 15 minut, każda następna o 5 minut dłużej, aż do 30 minut.

Po pierwszej kąpieli, do której zaniesiono chorego na prześcieradle, pacjent był osłabiony i czuł się znacznie gorzej. Narzekał w dalszym ciągu na bóle tak, że miałem znaczne trudności, aby namówić go do powtórnej kąpieli. Po drugiej kąpieli I. czuł się lepiej, mniej narzekał na bóle, spał znacznie lepiej.

Po miesiącu stan się poprawił. Pacjent mógł siadać na łóżku, czasem tylko narzekał na bóle, apetyt dobry; chory nie wymiotował, zjadał wszystko, nietylko pokarmy płynne ale i stałe. Przybierał na wadze, sypiał dobrze, był wesoły, czytał gazety, lekarza prosił o dalsze kąpiele.

W kwietniu p. I. wstał z łóżka przy pomocy laski, miał wtedy tylko nieznaczne dolegliwości w stawach skokowych, był wesoły, rozmowny, sypiał i jadał dobrze.

W maju pacjent zupełnie wyleczony, nie miał żadnych dolegliwości, zadowolony, chodził na dłuższe spacery, przy spotka-

niu z lekarzem dziękował mu i często powtarzał: „już myślałem, że ze mnie nic nie będzie, ale mnie pan lekarz temi kąpielami wyciągnął.“

II przypadek. Pacjentka D. S., lat 38, w Zakładzie z powodu psychopatji paranoidalnej, narzekała od dnia 15. lipca 1930 na silne bóle w rękach. Przy badaniu stwierdzono: temperatura 37,8 C, okolice stawów nadgarstkowych i łokciowych obrzękłe i silnie bolesne przy dotyku. Pacjentka źle jada, nie może sypiać. Bóle te i obrzęki zdaniem pacjentki występują stale przy zmianach pogody. Zaordynowano kąpiele Langbeinitu, jak powyżej. Już po drugiej kąpieli wystąpiła poprawa, bóle i obrzęki mniejsze, temperatura lekko powyżej 37° C. Po 6-ciu kąpielach obrzęki ustąpiły, temperatura normalna, chora nie skarży się na dolegliwości, sypia dobrze, apetyt dobry (wyrównała całą utratę wagi). Po 10-ciu kąpielach kurację przerwano. Do dnia dzisiejszego minęło 7 miesięcy; ze strony pacjentki nie było żadnych skarg na bóle.

III. przypadek (z prywatnej praktyki). J. O., lat 46, emerytowany oficer, artretyk, zgłosił się ze skargami na bóle w stawach kolanowych i piętach. Bóle w stawach kolanowych dają się odczuwać, jako ukłucia, najsilniej przy przysiadach, bóle w piętach przy chodzeniu i dotykaniu. Choroba wystąpiła poraz pierwszy w 1923-ym r. Pacjent odczuwał wtedy silne bóle w stawie dużego palca, który był silnie obrzękły i bolesny, oraz na bóle w lędźwiach, promieniujące w dół. Przebył wtedy kurację kąpieli solankowo — błotno — gazowych w Ciechocinku. Po kuracji tej nastąpiła poprawa, bóle w stawie dużego palca ustąpiły, bóle w lędźwiach zmniejszyły się. W roku 1924 wystąpiły bóle w kolanach, oraz bóle w piętach. Badany przebył jeszcze 2 kuracje kąpielowe w Ciechocinku: w 1925 i 1927, ze znaczną poprawą. Okresowo w czasie większych bólów zażywał atofan Scheringa, lub erbefan Barcikowskiego. Pacjent twierdzi, że po erbefanie czuł się znacznie lepiej, bo po atofanie miał jakieś nieprzyjemne sensacje. Od 1924-go r. stosuje djetę mleczno-jarzynową z bardzo małą ilością mięsa. Zalecono kąpiele z Langbeinitu 3 kg na pełną wannę wody, 2 razy w tygodniu. Już po trzeciej kąpieli pacjent czuł się znacznie lepiej, bóle znacznie mniejsze, zrobienie przysiadu sprawia tylko nieznaczne dolegliwości. Po 5-tej kąpieli stan się poprawił jeszcze więcej. Po kąpieli 8-mej dolegliwości zupełnie ustąpiły. Poprawa utrzymywała się nietylko w czasie kuracji

kąpielowej (ogółem 12 kąpieli), ale także jeszcze przez 4 miesiące po kąpielach pacjent czuł się zupełnie dobrze. Obecnie minęło już 8 miesięcy od ukończenia kuracji, a nasilenie bólu w kolanach jest bardzo małe, bóle w piętach ustąpiły zupełnie. Pacjent twierdzi, że tak dobrze jak się czuł po kąpielach z Langbeinitu, nie czuł się po żadnej kuracji w Ciechocinku. Wtedy poprawa była także, ale nie tak duża. Oczywiście, że dla wyleczenia trzeba będzie jeszcze kilka takich seryj kąpielowych zastosować. A zresztą choćbyśmy nie doprowadzili do zupełnego wyleczenia, a tylko do dłużej trwającej poprawy bez bólów, to i tak sukces jest wielki, bo tanim kosztem otrzymujemy to, co możemy osiągnąć przez długie kuracje w zdrojowiskach.

Na podstawie niniejszego da się stwierdzić, że Langbeinit jest wysoko wartościowym środkiem przy leczeniu reumatyzmu i artretyzmu, a zasługuje on na uwagę tem więcej, że jest preparatem polskim.

Hôpital Psychiatrique de Dziekanka. – Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Les bains de Langbeinit dans le traitement du rheumatisme et de l'arthrétisme.

Par le Dr. W. GORZKOWSKI.

L'auteur décrit les bons résultats qu'il a obtenus dans des cas de rheumatisme et d'arthrétisme à la suite du traitement par les bains de Langbeinit.

Après 14 bains il constatait une amélioration notable chez les malades. Les douleurs et les enflures disparurent, l'appetit s'améliora. Cet état de santé n'a pas changé jusqu' à présent (un an).

Szpital Psychjatryczny w Palermo (Włochy). — Dyr. prof. Dr. Jan Dotto.

Proteino-chemoterapja w paraliżu postępującym.[1]

Podał Dr. JÓZEF BONASERA.

W 10 lat po odkryciu prof. Wagnera von Jauregg, leczenie porażenia postępującego drogą szczepienia malarji znalazło szerokie zastosowanie w całym świecie. Statystyki poszczególnych

[1]) Manuskrypt włoski nadesłany do wydrukowania w Nowinach Psychjatrycznych.

badaczy co do wyników dodatnich tego sposobu leczenia potwierdzają jego niezaprzeczalną wartość, zwłaszcza tam, gdzie się je stosuje tylko w ściśle określonych warunkach, t. j. gdzie gra rolę czy to wybór szczepu, czy wiek i stan fizyczny szczepionego, czy też wreszcie metoda, którą się w leczeniu stosuje.

Lecz obok entuzjazmu podnoszą się ze wszystkich stron głosy wątpliwości i niepewności, niezawsze mające swe źródło w uprzedzeniach, wzgl. w pesymizmie „defetyzmu“, lecz opierają się one na danych niezaprzeczalnych, dostarczonych przez badaczy, którym autorytetu odmówić nie można.

Neustadt doszedł do wniosku, że leczenie salwarsanem posiada wyższość nad kuracją malaryczną. Stwierdził on, że Sioli miał 44 proc. remisji, podczas gdy Neustadt sam — stosując malarję, — uzyskał tylko 34 proc.

Trossarelli wychwala dodatnie działanie tuberkuliny i nucleinatu sody. Twierdzi on, że w porównaniu z leczeniem malarją, oraz febris recurrens, jest ona mniej szkodliwa i może być właściwiej dawkowana w stosunku do wieku pacjentów oraz ich warunków fizycznych.

Da Rin stwierdza, że jedyną zasługą stosowania leczenia malarją jest wywoływanie wysokiej temperatury; nie negując bynajmniej jej znaczenia, sądzi on jednak, że bardziej racjonalnem jest stosowanie innych środków, które — wywołując stan gorączkowy — nie narażają chorego na niebezpieczne następstwa.

Amabilino w jednej ze swoich prac nad terapją gorączkową porażenia postępującego donosi, że otrzymał lepsze wyniki z tuberkuliną, aniżeli z malarją.

Inne wątpliwości co do stosowania leczenia malarycznego opierają się w części na wysokiej odsetce śmiertelności (Mingazzini, Nonne, Scarpini i Befani, Grimaldi, Ciarla), w części pochodzą one stąd, że powodują zespoły typu schizofrenicznego, podczas gdy zespół paralityczny nie ustępuje (Goria), w części też z powodu innego rodzaju szkodliwych następstw, spowodowanych przez lekarzy, mało jeszcze obeznanych z właściwem stosowaniem leczenia malarycznego. Z powodu tych faktów wydawało się, że leczenie malarją nie przyjęło się jeszcze ostatecznie w terapji, gdyby nie wytrwałość zwolenników leczenia malarją, którzy ciągle nowe robią w tym względzie doświadczenia i tym sposobem zażegnali niebezpieczeństwo, zapewniając temu leczeniu ostatecznie pierwszeństwo.

Lecz — jeżeli leczenie malarją zajmuje dziś w leczeniu p. p. pierwsze miejsce — nie mniej należy podkreślić, że wszelkie inne sposoby leczenia (odsuwane przez malarję powoli jedno po drugiem, w kąt) mają dziś jeszcze słuszne prawo bytu, i doświadczenie wykazuje, że w wielu przypadkach, w których malarja dawała nikłe wyniki, względnie nie dawała żadnych, wyniki te uzupełniało się leczeniem białkowem, oraz hemoterapją. Zauważono skądinąd, że niektórzy chorzy, leczeni poprzednio proteino - terapją, dawali następnie po leczeniu malarją pomyślniejsze wyniki.

Ciarla ostatnio ogłosił drukiem pracę, w której przyznaje coprawda, że proteino-terapja daje słabsze wyniki od leczenia malarycznego; wobec tego zaleca metodę kombinowaną, t. j. rozpoczyna z proteino - terapją, a następnie stosuje leczenie malaryczne. Miało by to za cel przygotować teren do leczenia intensywniejszego i również — bardziej niebezpiecznego. Pozatem proteino - chemoterapja może nastąpić po leczeniu malarją, gdy otrzymało się z malarją pomyślne wyniki, oraz w wypadku, gdy wyniki nie były zadowalające.

Tego samego zdania są również i inni autorzy: Riva i Benvenuti radzą uzupełniać zawsze leczenie malaryczne preparatami antysyfilitycznymi. Mingazzini, po stosowaniu leczenia malarycznego, stosuje leczenie mieszane neosarvalsanu i wcierań rtęci.

Ayala, stosując metodę neosarvalsanu dożylnie, otrzymał wybitne polepszenie w przypadkach, w których leczenie malarją nie dało pomyślnych wyników.

Somogyi w 100 przypadkach, leczonych preparatami arsenu i bizmutu, otrzymał 17 proc. remisji zupełnej i częściowej. Sicard i Haguenau otrzymali u 20 paralityków, leczonych tryparsamidem, ca 50 proc. widocznego wyleczenia. Sézary z własnego doświadczenia podaje wysoką odsetkę pomyślnych wyników za pomocą stosowania stovarsolu (27, 3 proc. b. dobrych ,9,1 proc dobrych, 3 proc. średnich, 52,3 proc. bez zmiany). Radzi on stosować stowarsol jako środek leczniczy uzupełniający.

Dzisiaj wydaje się. że arsen jest środkiem najskuteczniejszym w leczeniu chemicznem p. p., podczas gdy stosowanie bizmutu spowodowało niekiedy poważne komplikacje, zwłaszcza pogarszając zespoły chorobowe cielesne.

I ja również chciałem spróbować stosowania leczenia proteino-chemoterapeutycznego w otępieniu paralitycznem. Do mojej dyspozycji stała niestety tylko skromna liczba przypadków, umieszczonych na moim oddziele, a więc dostępnych mojej bezpośredniej obserwacji.

Są to jednak chorzy, znajdujący sie we wszelkich fazach choroby. Należy też pamiętać o tem, że do szpitali psychjatrycznych przybywają paralitycy dementywni zazwyczaj już w stanie ciężkim (choroba jest już b. daleko posunięta), i tylko w wyjątkowych przypadkach (gdy choroba rozpoczyna się fazą podniecenia) przybywają do zakładu jako postacie chorobowe początkowe.

Jako substancję białkową wybrałem mleko, jako preparat chemiczny zaś stovarsol-natrium. Szczepionych badałem regularnie (z punktu widzenia klinicznego: działanie serca, nerek etc.). Badania kliniczne uzupełniałem odczynem Wassermanna, wykonanym starannie w laboratorjum zakładu, oraz badaniem dna oka. Wszystko to, - przed rozpoczęciem stosowania leczenia stowarsolem.

Na początek zastrzykiwałem w pośladek (poprzednio oczywiście nastąpiła staranna sterylizacja przez wygotowanie przez 5 minut) 5 ccm mleka rychło rano. Temperaturę mierzyło się poraz pierwszy około południa, poraz drugi wieczorem, a poraz trzeci blisko północy. Zastrzyki stosowałem co 2 wzgl. 3 dni, zwiększając za każdym razem dawkę o 1 ccm., aż doszedłem do maksymalnej dawki 10 ccm. Dawki te powtarzałem 4—5 razy, aż doszedłem do seryj składających się z 10 injekcji. Gdy wystąpiły napady gorączkowe, dałem zbadać przez okulistę dno oka. Wykluczając z dalszego leczenia przypadki, wykazujące poważniejsze zaburzenia, rozpocząłem stosowanie stovarsol-natrium. Pierwszą injekcję (1/2 gr. stowarsolu w 4 ccm. sterylizowanej wody destylowanej), dawałem w dzień po ostatnim ataku gorączki. Następne dawało się co 2 lub 3-dni, 2-ga i 3 cia 1 gr., następne 1 1/2 gr. w 8 ccm. sterylizowanej wody destylowanej, aż wreszcie doszedłem do serji ogólnej injekcji 20 gr. stowarsolu.

Taki był mój sposób postępowania. Jednak w rzadkich przypadkach powtarzałem injekcje po upływie pewnego czasu, wywołując ponownie stany gorączkowe, po których następowała nowa serja zastrzyków stowarsolu. Podczas ataków

gorączki — zwłaszcza u chorych podupadłych fizycznie — stosowałem w szerokiej mierze środki kardjotoniczne.

Badanie dna oka przeprowadzało się perjodycznie u wszystkich chorych podczas stosowania stowarsolu.

Podam teraz w krótkim zarysie swoje doświadczenia.

I. M. Adrea, lat 51, przyjęty 12. 10. 1927.

Po 3 miesiącach pobytu w zakładzie wypowiada urojenia wielkościowe, wykazuje wyraźne otępienie; dysartria, drżenia, odruchy spojówkowe zniesione, ścięgniste żywe, paraparesis, atalesja, strabismus. R. W. wybitnie dodatni.

1-a injekcja mleka dnia 7. 1. 1928. Niema żadnej reakcji gorączkowej aż do 7-mej injekcji (10 ccm), która podnosi temperaturę do 38°. Badanie dna oka ujemne. Serja 15-u injekcyj, w tem ogółem 18 gr. stovarsol- natrium. Stwierdza się jedynie polepszenie w stanie podniecenia, do którego pacjent nie ma już przekonania. Reszta objawów pozostaje bez zmiany.

II. P. L. Matteo, lat 45, przyjęty 27. 5. 1926.

Robi wrażenie, jak gdyby się naogół orjentował, wykazuje poważny brak krytycyzmu, zachowuje się dziecinnie; bradilalia, żywe urojenia prześladowcze i wielkościowe, drżenia, odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste słabe, R. W. wybitnie dodatni. Po zastosowaniu salbiolu, a następnie szczepionki tyfusowej, spreparowanej w instytucie Dra Amabilino, z miernym wynikiem, — rozpocząłem dnia 23. marca 1928 stosować injekcje mleka. Natychmiastowa reakcja gorączkowa (ca 40°) przy 1-ej injekcji; reakcje stają się stale mniej intensywne aż do 13-ej injekcji mleka. Badanie dna oka ujemne. Serja po 12 zastrzyków, ogółem 15 gr. stowarsolu. Nie stwierdza się żadnego polepszenia objawów chorobowych.

III. C. Gaetano, lat 48, przyjęty 20. IV. 1928.

Poważne braki krytycyzmu i logicznego myślenia, sztywność afektywna, silne podniecenie, dysartria i bradilalia, drżenia, odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste żywe, paraparesis. R. W. dodatni.

Dnia 11. maja 1928 1-a injekcja mleka; silne reakcje gorączkowe (39,2°). Przy 5-tej injekcji (10 ccm.) reakcje średniego natężenia aż do 11-ej injekcji. Badanie dna oka ujemne. Serje składające się z 15-u injekcyj, ogółem 18 gr stowarsolu. Stwierdza się jedynie ustąpienie stanów podnieceniowych.

IV. P. Sebastiano, lat 52, przyjęty 21. VI. 1927.

Niedorzeczne i nieskoordynowane urojenia wielkościowe, stan podniecenia, dysartria, odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste żywe. R. W. dodatni.

Dnia 11. lipca 1928 1-a injekcja mleka; rzadkie reakcje gorączkowe aż do 10-ej injekcji (10 ccm). Badanie dna oka ujemne. Serje do 10 injekcji, ogółem 15 gr. stowarsolu. Lekkie polepszenie stanu podniecenia.

V. L. R. Vincenzo, lat 45, przyjęty 5. V. 1928.

Od 4-ch miesięcy nie pracuje. Wykazuje braki krytycyzmu i sztywność afektu. Obecnie zdradza urojenia wielkościowe. Lekka dysartria, drżenia, odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste wzmożone i nierówne. R. W. dodatni,

Dnia 11. maja 1928 1-a injekcja mleka. Silna reakcja gorączkowa (39.50°), przy 8-ym zastrzyku (10 ccm). Badanie dna oka ujemne. Serje z 10 injekcyj, ogółem 16 gr. stowarsolu. Nie stwierdza się żadnych zmian stanu psychopatycznego. Pacjent nie wykazuje pogorszenia od mniejwięcej roku.

VI. M. F. Francesco, lat 36, przyjęty 28. VI. 1925.

Przy przyjęciu do zakładu nieskoordynowany, podniecony, urojenia wielkościowe, wyraźna dysartria, drżenia; odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste żywe. R. W. dodatni.

Dnia 26. maja 1927 1-a injekcja mleka. Następujące po sobie reakcje gorączkowe, aż do 11-ej injekcji (10 ccm). Badanie dna oka ujemne. Serje z 12 injekcyj, ogółem 18 gr. stowarsolu. Po miesiącu ustępuje stan podniecenia. Przerywa się leczenie w lipcu 1927. Po 8 miesiącach zupełnie nieprzewidziany upadek stanu fizycznego; umiera dnia 1 marca 1928.

VII S. Nicolo, lat 38, przyjęty dnia 28. X. 1927.

Przygnębiony, milczący, grozi dzieciom; następnie drażliwy, podniecony, wykazuje urojenia prześladowcze; dysartria, dysgrafja, paraparesis, drżenie, odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste bardzo żywe. R. W. dodatni. Dnia 4. 11. 1927 1-sza injekcja mleka. Słabe reakcje gorączkowe aż do 10-ej injekcji (9 cm).

Badanie dna oka ujemne. Serje z 15 injekcji, ogółem 20 gr. stowarsolu. Stan umysłowy nadal się pogarsza. Dnia 6. stycznia 1928 umiera na skutek ataku apoplektycznego.

VIII. G. Giulio, lat 43, przyjęty dnia 14. VIII. 1928.

Zupełnie rozkojarzony, wykazuje urojenia prześladowcze i wielkościowe. Dysartria, drżenia, odruchy spojówkowe b. leniwe, ścięgniste zbyt żywe. R. W. dodatni.

Dnia 15. marca 1928 1-a injekcja mleka. Silna reakcja gorączkowa przy 4-ej injekcji (10 ccm). Dalsze reakcje gorączkowe aż do 7-ej injekcji.

Badanie dna oka ujemne. Serja z 4-ch injekcyj, ogółem 7 gr stowarsolu. Wyraźna poprawa stanu psychicznego. W dniu 22 5. 1928. podejmuje się na nowo zastrzyki mleka, a następnie stowarsolu. Pacjent nadal wykazuje poprawę. Zupełnie ustąpiły urojenia; pacjent prosi o wysłanie go do rodziny. Opuszcza zakład dnia 17. 11. 1929, w stanie remisji. Z zasiągniętych informacyj wynika, że remisja trwa u niego nadal bez zmiany.

IX. C. Giuseppe, lat 45, przyjęty 24. IV. 1928.

Recydywista w parę dni po zwolnieniu, podniecony. zdradza niedorzeczne urojenia prześladowcze i wielkościowe; lekka dysartria, drżenia, chwianie się, odruchy źrenic zniesione, ścięgniste żywe i nierówne. R. W. dodatni.

Dnia 13. lipca 1928 1-a injekcja mleka. Reakcja gorączkowa przy 5-ej injekcji (10 ccm). Badanie dna oka ujemne. Serja z 12-u injekcyj, ogółem 18 gr stowarsolu. Żadnej zmiany w stanie chorobowym. Dnia 28. listopada pacjent poddaje się leczeniu malarją — z wynikiem ujemnym.

X. S. Leonardo, lat 49, przyjęty 20. IV. 1928.

Podniecony, gadatliwy, zdradza urojenia wielkościowe; dysartria, drżenia, odruchy spojówkowe bardzo leniwe, ścięgniste żywe i nierówne. R. W. dodatni.

Dnia 2. lipca 1928 1 a injekcja mleka. Średniego natężenia reakcje gorączkowe aż do 8-ej injekcji (10 ccm).

Badanie dna oka ujemne. Serja z 13 injekcyj, ogółem 19 gr stowarsolu. Nie stwierdza się żadnej zmiany stanu psychicznego. Po upływie kilku miesięcy występuje wybitny upadek sił fizycznych; dnia 10. 1. 1928 exitus (marasmus).

XI. Z. Vincenzo, lat 56, przyjęty dnia 31. V. 1928.

Choruje od 4-ech lat. Ostatnio nieskoordynowany; urojenia prześladowcze i wielkościowe, euforja; stwierdza się dysartrję, drżenia; odruchy spojówkowe są b. leniwe, ścięgniste żywe i nierówne. R. W. dodatni.

Dnia 1. lipca 1928 1-a injekcja mleka. Silna reakcja przy 2-ej injekcji (8 ccm). Następnie reakcje występują rzadziej. Badanie dna oka ujemne. Serje z 14 injekcyj, ogółem 20 gr

stowarsolu. Stan psychiczny pozostaje bez zmiany. Dnia 12-go grudnia 1928 exitus (marasmus).

XII. P. Arturo, lat 45, przyjęty dnia 16. III. 1929.

Choruje od roku. Przygnębiony, drażliwy, nieporządny w ubiorze. Obecnie jest apatyczny, nie orjentuje się, dysartria, dysgrafja, drżenia; odruchy źrenicze leniwe, ścięgniste żywe i nierówne. R. W. dodatni.

Dnia 28. marca 1929 1-a injekcja mleka; silna reakcja gorączkowa przy 7-ej injekcji (10 ccm). Badanie dna oka ujemne. Serje z 12 injekcyj, ogółem 18 gr stowarsolu. Nie stwierdza się żadnych zmian w stanie chorobowym. Dnia 21. lipca 1929 exitus (marasmus).

XIII. P. Bernardo, lat 51, przyjęty dnia 20. VI. 1927.

Przyjęty powtórnie (był zwolniony na próbę), wraca w stanie podniecenia ze silnie uwydatniającym się upadkiem władz umysłowych. Ciężka dysartria, drżenia, hemiparesis, odruchy źrenicze zniesione, ścięgniste żywe i nierówne. R. W. dodatni.

Dnia 11. lipca 1928 I-a injekcja mleka. Umiarkowane reakcje gorączkowe aż do 8-ej injekcji (10 cm). Badanie dna oka ujemne. Serje z 12 injekcyj, ogółem 18 gr stowarsolu. Nie stwierdza się żadnej zmiany stanu chorobowego. Dnia 3. lutego 1929 exitus (marasmus).

XIV. C Nicolo, lat 36, przyjęty dnia 21. V. 1929. Euforyczny, podniecony. Twierdzi, że jest członkiem rodziny arystokratycznej i że musi rewindykować swoje dobra; dysartia i bradilalia, drżenia, odruchy spojówkowe leniwe, ścięgniste żywe. R. W. dodatni.

Dnia 13. lipca 1929 1-a injekcja mleka. Silne reakcje gorączkowe, aż do 8-ej injekcji (7 ccm). Badanie dna oka ujemne. Serje z 13 injekcyj, ogółem 19 gr stowarsolu. Stwierdza się ustąpienie stanu podniecenia.

Studjum działania mleka i stovarsol-natrum u 14 chorych, poddanych obserwacji, daje następujące wyniki:

1) jedną remisyję stałą; 2) pięć remisyj przejściowych; 3) dwa przypadki bez zmian, oraz sześć przypadków z pogorszeniem.

Ze względu na małą ilość badanych przypadków, nie można wydać ostatecznego (nawet względnego) sądu co do skuteczności chociażby tylko terapji mlecznej w stosunku do innych

metod leczenia; pozatem należy pamiętać (a to jest ważne!), że — z wyjątkiem dwóch — reszta chorych znajdowała się w fazie choroby daleko posuniętej, oraz również w stanie znacznego upadku sił fizycznych. Zważywszy jednak, że wynik leczenia dał parę polepszeń stałych, oraz kilka polepszeń przejściowych, możnaby przypuszczać, że metoda ta leczenia, stosowana u chorych, znajdujących się w początkowych stadjach choroby — mogłaby jednak działać o wiele skuteczniej w kierunku intensywności, oraz czasu trwania remisyj. Stwierdziliśmy jednak, że w jednym przypadku uznanym jako p. p., stwierdziło się remisję, noszącą wszelkie pozory wyleczenia, tembardziej, że pacjent (którego stale miałem na oku) nietylko nie zapadł powtórnie, lecz podjął swoje zajęcie zawodowe (nie przestając swoją drogą leczyć się prywatnie).

W 5 przypadkach stwierdziliśmy, że na skutek stosowania mleka i stowarsolu stopniowo ustępował stan podniecenia, tak, iż można było przypuszczać, że pacjentów zwolniono z pomyślnymi widokami na przyszłość.

Podkreślamy to, oraz fakt, że jeżeli w bogatej symptomatologji otępienia paralitycznego możnaby wyłączyć — zapomocą metody leczniczej — objawy podniecenia (nie zapominając jednak i o niebezpieczeństwach, jakie stąd wyniknąc mogą!), — kto wie, ile rodzin wstrzymywałoby się z umieszczeniem swych chorych w zakładzie, a jeżeli ich tam umieszczono, że skwapliwie żądałoby zwolnienia ich na wypadek polepszenia stanu chorobowego.

Dwa przypadki pozostały bez zmiany, i stan ten trwa nadal (są one do dzisiejszego dnia stale pod moją obserwacją).

Co do dwóch przypadków ostatnie słowo jeszcze nie zostało powiedziane, ponieważ nie można osądzić z całą pewnością, że powtórzenie kuracji nie dałoby lepszych wyników.

Należy pamiętać, że leczone sześć przypadków, które nie dały żadnych wyników, — byli to chorzy znacznie na zdrowiu podupadli (w chorobie posunięci), u których stosowałem to leczenie po to jedynie, by osobiście przekonać się o jego bezskuteczności.

Z wyżej przytoczonych danych, oraz z wniosków co do wyników leczenia można przyjąć, że leczenie proteino-hemoterapeutyczne za pomocą zastrzyków mleka i stowarsolu można zawsze stosować, czy to jako **przygotowanie** do leczenia mala-

rycznego, czy też jako **uzupełnienie**, czy też wreszcie jako wyłączny sposób leczenia p. p., albowiem skutki pomyślne występują bardzo szybko. Zaleca się pozatem stosowanie tej metody leczenia i z tego powodu, że jest ona łatwo zastosowalna przez każdego lekarza (również u pacjentów prywatnych), bo nie grozi żadnemi komplikacjami, nie jest droga, oraz — z powodu prostoty — bardzo łatwa do wykonania. Jednakże w odniesieniu do leczenia malarycznego należy ją uważać jako środek leczniczy **uzupełniający**.

Hôpital Psychiatrique à Palermo

Proteino-chémothérapie dans la paralysie générale.

Par le Dr. J BONASERA.

L'auteur présente les résultats de ses expériences thérapeutiques faites dans 14 cas de P. G. très avancée. Il appliqua des injections du lait et du stovarsol, et obtint les résultats suivants: 1. une rémission permanente, 2. cinq rémissions temporaires, 3 deux cas stationnairs, 4. dans six cas nul résultat. Six malades moururent (marasme, apoplexie).

L'auteur récommande cette méthode de traitement comme supplément de la malaria-thérapie.



Sprawozdania z posiedzeń lekarskich.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 20. IV. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. RUTENDOLLF-PRZEWOSKI.

I. P. Zajączkowski przedstawia pacjentkę T. K., lat 26, córkę kupca, z zawodu biuralistkę, dziedzicznie obarczoną — dziadek chorował na epilepsję i dużo pił, kuzynka po ojcu także chorowała na umysł, ojciec pije, matka drażliwa, „ostra". Pacjentka jest najstarszą córką, następne dziecko przyszło na świat nieżywe, w późniejszych czasach było jedno poronienie. Chora rozwijała się prawidłowo, w dzieciństwie piła dużo piwa, chorób zakaźnych nie przechodziła, uczyła się nieźle, skończyła szkołę elementarną i liceum suo anno. Około lat 20 była zajęta w destylarni i dużo piła. Nie mogła nigdzie długo usiedzieć na posadzie, stała się nieposłuszną, zarozumiałą, drażliwą, ordynarną. Wzięła „energiczny" udział w wyborach, poczęła mówić, że chcą ją otruć, dużo się modliła i płakała. Rozglądała się po ścianie i twierdziła, że „za ścianą gołą mogłaby wypowiedzieć cały wykład". Miała chwile niejako zamyślenia i zapomnienia, kiedy jeszcze była „zdrowa". Gdy wpadała w złość, „wprost szalała".

Pacjentka orjentuje się co do miejsca pobytu, nie co do czasu, zachowuje się wyniośle, zarozumiale, wyzywająco, powiada, że „tu są chorzy na duszę", że kazali jej pić bakterje, że kładli ją na łóżko, gdzie leżeli wenerycznie chorzy, i to dlatego, że powiedziała na wykładzie, że człowiek, który dużo pije i prowadzi hulaszcze życie, jest odporniejszy na laseczki gruźlicze i inaczej na nie reaguje. Powiada, że jej szef ją prześladował, mówił, że jest masonem, że kazał się odmłodzić i miał względem niej zamiary, że jakiś wiedeńczyk chciał ją porwać samochodem, inny pan zapraszał ją na kolację, ale to było krętactwo, handel żywym towarem, pewnie chcieli ją zahypnotyzować. Chleb z masłem uważała za przesiąknięty „wszelakiemi truciznami". Miała halucynacje wzrokowe, czuje się „winną, że w Bolszewji chrześcijan prześladują, ale każdy ma swoje przeznaczenie ..ma umrzeć.."

chcieliby zrobić z niej drugą Matkę Boską, ta cała zgraja żydów, ale ona się na to nie godzi. „Operowali ją, namyślali się, czy ją powiesić czy spalić..., ma przeświadczenie, że z tej racji nie ma błony dziewiczej". Chora dużo mówi, myśli nie doprowadza do końca, giestykuluje żywo, jest ruchliwa, wymyśla i przeklina inne pacjentki, to znowu je głaszcze, śmiejąc się. Podczas wizyty lekarskiej zachowuje się przeważnie negatywistycznie. Przy demonstracji jest arogancka, na wszelkie pytania odcina się ostro, zwykle własnemi słowami pytającego, czasem trafnie i dowcipnie. Pytana, czy dużo piła, odpowada „no, to wypij pan sobie jednego na zdrowie". Na wzmiankę, że jest arogancka, — „naturalnie arogancka... to pan lepiej zrobi i niech pan przestanie mnie indagować". Neurologicznych zmian, prócz lekkiego drżenia wysuniętych rąk, brak.

II. P. Bielawski przedstawia podsądnego J. G., lat 33, z zawodu piekarza, ojca dwojga dzieci, dziedzicznie nieobarczonego, oskarżonego o kradzież z włamaniem.

Osobnik był już karany za kradzież u zegarmistrza. W 1925 r. z soboty na niedzielę, kiedy sklepy były zamknięte, przekopał się przez bramę oraz inny sklep i skradł wszystkie futra i jedwabie. Przy pozbywaniu się tego towaru urządzał się sprytnie. Odwijał jedwab z tektury sklepowej i nawijał na gazety, zgłaszał się na anonse proponujące pożyczki i ofiarował jako zastaw futra, przyczem oddał futra do jakiegoś sklepu na przechowanie i za otrzymaną pożyczkę wręczał kwit przechowania, właścicielowi sklepu znowu polecił, by futer na te kwity nikomu nie wydawał prócz jemu.

Przy badaniu stwierdza się u podsądnego dużą czaszkę — lekki hydrocephalus, — duże odstające uszy, lekkie zbaczanie języka na lewo, osłabioną reakcję spojówek i rogówek. Skóra wykazuje silny dermatografizm. Przy badaniu czucia na ból otrzymuje się raz trafne, raz nietrafne odpowiedzi, przyczem to samo miejsce, kilka razy dotknięte, różnie kwalifikuje. Przy badaniu czucia głębokiego określa niedokładnie nastawienie palców nóg, a więc poruszanie palców w tył jako poruszanie w stronę przeciwną. Przy bezpośrednio podjętem badaniu tegoż czucia jednej nogi — daje odpowiedzi przeciwne poprzednim.

Podsądny twierdzi, że jest tu w „Brazylji", przyjechał pociągiem, miał przyjechać latawcem, policjant z nim przyjechał. Przybył, żeby łapać szympanse i małe małpy i prowadzić handel.

Lekarza nazywa „panem profesorem". Na pytanie, gdzie tu przebywa, mówi — „powiadał pan major, że tu szpital, ale ja w to nie wierzę, powiadają, że to Dziekanka". Chciałby z Brazylji wyjechać aeroplanem. Często płacze, stuka lekko głową o ścianę, powtarza kilka razy „moje kochane dzieci", narzeka, że nic nie winien, że został skazany na sześć lat więzienia za kradzież, przy wizycie całuje lekarza w rękę, prozi o papierosy, za co pieniądze zwróci brat jego, który jest księdzem Czasami nie jada, pytany dlaczego, mówi, że wszystko zjadł, innym razem domaga się podwójnej porcji mleka.

Przy demonstracji podaje, że dowiedział się, że jest tu na obserwacji, mówiono mu, że w Dziekance. Pytany, co to za zakład, — „zakład dla obserwacji". Przyjechał z więzienia, siedział tam „za kradzież, ale niewinnie", przyczem płacze, — „gdyż otrzymał towar od K., który mu na weksel był winien 12.000 złotych, że K. kradł futra, jego zaś posądzono o kradzież u zegarmistrza." Pytany, czy wie, że w więzieniu sadzał sobie menażki na głowę, mówi, że wie o tem, bo mu to przewodniczący przeczytał. Był kapralem w niemieckim 265 pp., na wojnie ranny bagnetem w czoło i nogę (ma na czole bliznę i mały ubytek kości). Pytany, czy jest chory, odpowiada, że zdrowy. „Dowiedział się, że jest w Dziekance, chciał przecież być w Brazylji". Poco tu przyszedł, nie wie, „przyprowadził policjant, a przecie chory nie jest." Pytany, jakie świadectwo mu wystawić, czy chory, czy zdrowy..„ nie wiem, jak panowie profesorowie uważają." Przy powtarzaniu liczb czasami się myli. Podaje na pytanie, że „w 1918 r. miał kiłę i dostał osiem zastrzyków w pośladki i cztery w ręce."

III. Następnie p. **Bielawski** przedstawia podsądnego Z. P., lat 29, kawalera, z zawodu rolnika.

W podróży do Zakładu był spokojny, wszystkim w wagonie się przedstawił i żądał, żeby pasażerowie i jemu się przedstawili. Pytał się, dokąd jadą a dowiedziawszy się, mówił, że „ta cała sprawa jest nieczysta".

Budowa czaszki jest duża — hydrocephalus — uszy odstające, podniebienie wysokie, prawa brózda nosowa wygładzona. Odruchy są zachowane, także czucie na ból i czucie głębokie. Romberg dodatni.

Pacjent pytany o datę urodzenia i o datę bieżącą, podaje rok urodzenia i miesiąc bieżący mylnie. Wie, że jest w Dziekance,

przyczem się uśmiecha. Pytany, dlaczego się uśmiecha, odpowiada — „właściwie nie wiem“. — Czemu przybył — „również nie wiem“. Pytany, czy zna badającego, mówi, „zapewnie, że tak“, kim jest badający — „zapewnie bandytą“, kim jest drugi lekarz —„wygląda na jakiegoś księdza kapucyna“, przyczem się niepohamowanie śmieje; kim jest pielęgniarz — „pewnie trochę dostał odemnie“, (faktycznie przy przyjęciu uderzył pielęgniarza w twarz). Został oskarżony, „bo tam trochę pobił dozorcę“, dostał się do więzienia, bo „zapewnie im się tak podobało, nie może na to poradzić“. Innym razem, na to samo pytanie, odpowiada, „zapewne panowie wiecie, tam chciała zabić jednego administratora, tak im rozchodziło się o błahostkę... toć to w związku z moją odpowiedzią... czuję się słaby psychicznie od natężenia rozmowy.“ Chory jest zawsze wesoły i zadowolony z swego losu, czasami wyniosły.

Przy demonstracji jest jowialny. Na propozycję, żeby coś o sobie powiedział, odpowiada, że „już za dużo opowiadał, teraz niech panowie coś opowiadają, bo byłbym stratny.“ Papierosy lubi, „damskie, bo chce się żenić“, kiedy — „robi się pomaluczku“. Na dalsze pytania żartuje, że „panowie chcą się za wiele dowiedzieć“, lub że „nie czuje się do obowiązku odpowiadać“, — „tak w tej chwili“, — „panowie ciągnięcie mnie za język... jestem tak słaby umysłowo, że trudno mi odpowiedzieć“. Badany nie ma halucynacji.

Dyskusja.

P. Bielawski wywodzi, że dziad chorej K. (pierwszy przypadek) jest epileptykiem, kuzynka po ojcu jest umysłowo chora, matka chorej jest drażliwa i „ostra“. Charakter chorej określił ojciec w ten sposób, że córka jest niestała, nie mogła usiedzieć długo na jednej posadzie, że jest nieposłuszna, drażliwa, zarozumiała. Ostatnio też badana stała się ordynarna. Pozatem, ojciec akcentuje, że chora ma chwile zamyślenia i zapomnienia, oraz stany silnego rozdrażnienia, że „jest wprost szalona“. Obecnie stwierdza się u badanej wyniosłe zachowanie się, silną drażliwość, zjadliwość, stany rozstroju uczuciowego, a niekiedy — jak gdyby omamy wzrokowe. Chora sama twierdzi, że mogłaby, patrząc na ścianę (gołą), opowiedzieć cały wykład.

P. Bielawski rozpoznaje u chorej ciężkie zwyrodnienie padaczkowej natury. Stany psychotyczne, które u chorej na tem tle

występują, przypominają swym charakterem zespoły natury hebefrenicznej, które tak często obserwujemy u epileptyków jako równoważniki psychiczne swoistej natury.

P. Piotrowski zaznacza, że pacjentka K. (pierwszy przypadek) znajduje się obecnie w stanie manjakalnego podniecenia, że stan ten może oznaczać okres wstępny schizofrenji jako schizomanja. Chora jako typ asteniczny przedstawia grunt podatni do zachorzeń schizofrenicznych. Należy jednak mieć na uwadze także ten moment, że manjak pieniacz, złośliwy, wyniosły, dokuczliwy, gniewliwy, nieprzystępny, drażliwy może przypominać hebefrenika podnieconego wzgl. schizomanjaka i utrudnić tem samem rozpoznanie różniczkowe.

P. Bielawskiemu p. Piotrowski odpowiada, że chora nie wykazuje tej mitrężności i ociężałości w myśleniu, ani nie ma tej mowy przewlekłej, którą znajdujemy w epilepsji. Przeciwnie — pacjentka jest bardzo cięta. Mamy tu raczej więcej momentów hebefrenicznych. Wywiady u epileptyka mają za główną treść napady drgawkowe, wywiady ze schizofrenika natomiast dają więcej materjału psychotycznego, co ma miejsce także u pacjentki K.

W przypadku podsądnego G. (przypadek II.) p. Piotrowski zaznacza, że u więźniów, usposobionych do zachorzeń psychicznych, może się pojawić t. zw. „psychoza więzienna", czyli „psychoza sytuacyjna", z czego nie wynika, że podsądny był niepoczytalny w chwili dokonania karalnego czynu. Należy pod tym względem przeprowadzić subtelne badania, przesłuchać świadków z okresu krytycznego na okoliczność, czy nie zauważyli zmian uderzających w zachowaniu się sprawcy. Czyny karalne zostały dokonane przez G. z rozwagą i ostrożnością. Podsądny sam twierdzi, że wtedy nie chorował, nie miał omamów i że uświadamiał sobie karalność czynów. Nie ma też momentów wskazujących na to, że G. miał urojenia i że działał pod wpływem omamów, urojeń, nieświadomie. Wobec tego należy orzec, że G. nie znajdował się w chwili dokonania karalnego czynu w stanie nieprzytomności albo w stanie chorobowych zaburzeń czynności psychicznych, wykluczających swobodne powzięcie woli w myśl § 51 k. k.

W przypadku podsądnego P. (przypadek 3.) p. Piotrowski zwraca uwagę na szczegół, że jakkolwiek wywiady zebrane o objawach początkowych choroby przemawiają za hebefrenją, to jednak

euforja, głupkowata argumentacja, osłabienie autokrytycyzmu, występujące u chorego podczas badania, wskazują na początek paraliżu postępującego. Reakcja Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym zadecyduje o chorobie.

P. Bielawski w słowie końcowym przychyla się do opinji p. Piotrowskiego, że u podsądnego G. (2-gi przypadek) niema zastosowania § 51 k. k., i że G. za swoje czyny odpowiada. Zresztą istnieje wątpliwość, czy G. wogóle popełnił zbrodnię. W sprawie podsądnego P. (przypadek 3-ci) p. Bielawski oświadcza, że badany produkuje się jako hebefrenik. Ponieważ jednakże stany hebefreniczne często spotykamy przy zachorzeniach kiłowych, należałoby przy dodatnim odczynie Wassermanna przyjąć psychozę natury kiłowej.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dn. 24. IV. 28.

Przewodniczący: Al. PIOTROWSKI. — Sekretarz: J. GAWROŃSKI.

P. J. Gawroński referuje przypadek sądowo-psychjatryczny. Psychoza inwolucyjna. — Niepoczytalność.

W dniu 19. lipca 1927 r. przyjęta została do Zakładu Psychjatrycznego w D. K. W. z M., lat 56½, na obserwację mocą uchwały II. Senatu Cywilnego Sądu Apelacyjnego w P. z dnia 7. lipca 1927 r. Wspomniana W. przebywała już w D. w roku 1920, gdzie od dnia 20. 9. do dnia 16. 11. podlegała obserwacji psychjatrycznej. Wówczas stwierdzono, że W. jest obciążona nerwowo i psychicznie (matka jej przechodziła bliżej nieokreśloną chorobę nerwową, siostra popełniła samobójstwo), jest więc psychopatką t. j. osobą usposobioną do zachorzeń psychicznych, że zdradzała już objawy chorobowe w r. 1917 t. j. od rzucenia się pod pędzący pociąg jej siostry. Objawy te wyrażały się w niepokoju, bezsensownem gadulstwie, atakach złości, napadaniu na otoczenie i niszczeniu rzeczy. Od kwietnia 1920 r. przyłączyły się do poprzednich objawów lęki, uciekanie z domu w bieliźnie, omamy resp. iluzje wzrokowe, zwidywała bowiem przez okna swego mieszkania okolice w ogniu, o czem dał między innemi wyraz Dr. U., fizyk w W. w świadectwie swojem, na mocy którego W. jako chora psychicznie przyjęta została do D. Obserwacja psychjatryczna w Zakładzie stwierdziła silny niepokój, lęki,

usiłowanie oddalania się do domu, do dzieci, agresywność względem męża i pielęgniarek, urojenia, obwiniające własną osobę, połączone z głośnemi lamentacjami, że „niemożliwie wiele zgrzeszyła“ itp., omamy wzrokowe (widzi swoją zmarłą siostrę), przytem pamięć i zapamiętywanie osłabione. Zabrana została wbrew woli lekarskiej na życzenie męża jeszcze w stanie chorobowym. Rozpoznanie na mocy wyżej stwierdzonych objawów było: Psychoza inwolucyjna (melancholja wieku podeszłego), którą prawdopodobnie przyśpieszył i ujawnił silny uraz psychiczny, spowodowany śmiercią nagłą rodzonej siostry pod kołami pociągu.

Od 19. lipca 1927 r. do 2. września br. ponowna obserwacja W. podjęta w niespełna 7 lat po pierwszej, stwierdza jako naczelny i charakterystyczny objaw daleko posunięte otępienie władz umysłowych chorej. Otępienie to wypowiada się w bezradnych i niepewnych ruchach (niem.: „Verlegenheitsbewegungen“) chorej i w bezmyślnym, tępym wyrazie twarzy, zamglonym wzroku, w zaniedbaniu zewnętrznem (niezapięty stanik, rozczochrane włosy itp.), w braku kontaktu z otoczeniem (nie rozmawia np. zupełnie z odwiedzającym ją bratem), w bardzo ograniczonym zakresie myślenia, w niedorzecznych odpowiedziach, plątaninie myślowej, w niechęci zajęcia się i zainteresowania czemśkolwiek. Poza tymi uderzającymi objawami otępienia nadto: lęki, niepokój dzienny i nocny, bieganina, lamentowanie, narzekanie i upór, agresywność (kopie i bije pielęgniarki), przygnębienie i wynikające stąd zahamowanie oraz bierność, skłonność do oddalania się, wynikająca z nurtującego chorą niepokoju wewnętrznego, ataki złości aż do piany w ustach. Występują też urojenia (jest koniec świata, jest niepolski rząd itp.), przytem daleko posunięte zdziecinnienie, które już zauważono w czasie 1-ej obserwacji, kiedy „była uparta jak małe dziecko“.

Opierając się na objektywnym materjale klinicznym dwóch obserwacyj szpitalnych, dotyczących W., mianowicie: jednej z r. 1920 i z r. 1927, a więc podjętych w znacznym, bo 7-io-letnim odstępie czasu, i stwierdzając jednocześnie, że obraz kliniczny W. w powyższym czasokresie pozostał zasadniczo ten sam, tylko że w miarę trwania choroby i posuwającego się wieku występowało coraz większe otępienie umysłowe w skutek wywołanych przez psychozę i starość procesów inwolucyjnych (zanikowych) w mózgu, rzeczoznawca zniewolony jest siłą objektywnych faktów przyjść do wniosku, że w psychicznym aparacie W. oddawna kiełkowała

psychoza, do czego jako osoba psychicznie obciążona miała i ma odziedziczone dyspozycje. Psychoza tego typu nie powstaje z niczego, nagle, ale rozwija się powoli i stale aż do takiego nasilenia, że staje się widoczną i dotkliwą dla otoczenia. Dopiero tragiczna śmierć siostry w r. 1917 podziałała na psychopatycznie nastawioną W. jako uraz psychiczny i wywołała pierwsze nasilenie rozwijającej się dotąd skrycie choroby (psychosis in statu latente). Ostre, niebezpieczne dla otoczenia i asocjalne formy zapadłej w drzemkę chroniczną psychozy ponowiły się w marcu 1920 r. pod wpływem niepokoju o los męża, który wyjechał z 57.000 marek za kupnem gospodarstwa oraz dwa tygodnie nie wracał, i otworzyły chorej wrota do D., gdzie też poraz pierwszy stwierdzona została u niej choroba psychiczna przez psychjatrów. Wyraz temu dał na żądanie 1-go Wydziału Sądu Okręgowego w G. Dr. P. z D., określając chorobę psychiczną W. jako psychozę inwolucyjną w postaci melancholji, powoli się rozwijającą w wieku przedstarczym i sprowadzającą stopniowe osłabienie władz psychicznych aż do zupełnego ich otępienia. Obraz, jaki przedstawia W. obecnie jako przedmiot powtórnej obserwacji w D., w 7 lat po wystawieniu świadectwa rzeczoznawcy, opinję powyższą potwierdza. Chora produkuje te same objawy psychotyczne, charakterystyczne dla melancholji, jak w r. 1920, ponadto przyłączyły się objawy psychicznego otępienia. Że w międzyczasie (między 1-ą a 2-ą obserwacją kliniczną w D.) psychoza trwała a z nią wzmagało się otępienie psychiczne, o tem świadczy opinja rzeczoznawcy p. S. z dnia 10. IV. 22. r., który tę opinję oparł na „osłabieniu władz umysłowych“ W., a więc ich otępieniu psychicznem, i potwierdził to osłabienie całym szeregiem objawów, produkowanych przez chorą (patrz akt str. 82) jak dezorjentacja, osłabienie pamięci i inteligencji, niedokładne, dziecinne odpowiedzi, wreszcie kompletny zamęt oraz w końcu trudne do uspokojenia szlochanie.

O trwającej i wybuchającej raz po raz psychozie świadczy także list W. z czerwca 1923 r. do Dr. H., w którym tenże tłómaczy się trudnością sprowadzenia chorej żony do P., „bo niema z nią rady; co złapie, to bije, czy bieliznę, czy siekierę, czy siekacz, to wali nie pyta, chyba bym powiązał i furmankę najął, bo inaczej jej nie dostawię“. Jestto dowód ponownego wybuchu chronicznie trwającej psychozy. Wybuch ten uniemożliwił badanie chorej W. przez Dr. H.

Że w okresie między pierwszem a drugiem nasileniem sprawy psychotycznej t. j. między wybuchem objawów psychotycznych po samobójstwie siostry r. 1917 a wybuchem po oddaleniu się męża W. jej z pieniędzmi w r. 1920 psychoza się rozwijała i już wykazywała objawy osłabienia umysłowego, świadczy też między innemi zeznanie świadka Fr. W., gospodarza w R., który jako laik, nie uważając W. za umysłowo chorą, zeznaje, że jak się z W. rozmawiało, to zaczynała opowiadać o czem innem, nie dokończywszy pierwszego, a było to już przed podpisaniem spornego kontaktu przez W.

Dla wydania decydującej opinji psychjatrycznej o chorobie psychicznej W. wystarcza w zupełności oparcie się na materjale zebranym z obu obserwacyj klinicznych w D., przytoczenie zaś powyższych szczegółów, zaczerpniętych z wywiadów i z akt sądowych, jest tylko logicznem uzupełnieniem obrazu, jaki zarysowuje się w umyśle rzeczoznawcy o istocie i o przebiegu choroby po długotrwałej obserwacji chorej i częstym z nią kontakcie. Szczegóły te nie stoją w sprzeczności ze stwierdzonym objektywnie stanem chorobowym, lecz są z nim w zgodzie i odpowiadają doświadczeniu psychjatrycznemu, nabierają więc dla rzeczoznawcy jako materjał pomocniczy charakteru wiarogodności.

Już badanie kliniczne W. w roku 1920 stwierdza dziecinny upór chorej, pamięć i zapamiętywanie osłabione przy zachcowanej jeszcze orjentacji, co też zgadza się w pewnej mierze z zeznaniami świadka W.; porównanie zaś wyników 1-go badania w D. ze stanem „osłabienia władz umysłowych" przez Dra S., gdzie już występowała dezorjentacja i zamęt umysłowy, wskazuje na szybki rozwój objawów dementywnych u chorej W. Kwestjonowane przez obronę strony oskarżającej zeznania męża W., składające się na treść wywiadu o chorej żonie, jako stronne i niczem nie dowiedzione, nabierają dla psychjatry w bliższem zetknięciu się z chorą i po dłuższej jej obserwacji znaczenia rozwojowych etapów już całe lata nurtującej choroby psychicznej.

Orzeczenie. Zebrany i przytoczony powyżej materjał kliniczny, dotyczący obserwowanej w r. 1920 i 1927 W. daje dostateczną podstawę do stwierdzenia, że choroba psychiczna W. rozpoczęła się już przed rokiem 1927 jako współobjaw patologiczny ogólnej inwolucji soma-psychicznej u psychopatki, wstępującej w okres klimakterjum. Jestto melancholja starcza (inwolucyjna)

o przebiegu chronicznym, idąca w parze z postępującym niedowładem władz psychicznych aż do ich zaniku.

Ten destrukcyjny proces władz psychicznych w pomienionej chorobie trwa stale, to jest zarówno wtedy, kiedy choroba ma charakter ukryty (Melancholia latens), jak i w okresach nasileń, kiedy staje się ona jawną (Melancholia manifesta), a więc u chorej W. istniał on (proces) w okresie między obu nasileniami psychozy r. 1917 i r. 1920 (był to okres dokonania i podpisania aktu sprzedaży) t. j. wówczas, kiedy choroba chroniczna nie zdradzała objawów ostrych. Skutki tego destrukcyjnego procesu władz psychicznych zostały ustalone już w czasie I-ej obserwacji klinicznej w r. 1920 w lukach pamięciowych, niedostatecznem zapamiętywaniu, dziecięcym uporze, a w r. 1922 wystąpiły one jako otępienie umysłowe w całej pełni (orzeczenie Dr. S.).

Istnienie takiego procesu u W. wyklucza w jej psychice „pełnię używania władz umysłowych“ (ob. wyrok Sądu Apelacyjnego — akta str. 166) w czasie sprzedaży gospodarstwa i w momencie podpisania aktu tejże sprzedaży, potwierdza raczej upośledzenie tych władz i nie pozwala (wyrok Sądu Najwyższego akta karta 234) „na swobodne powzięcie aktu woli“. Ponieważ akt sprzedaży i podpisu odbył się w okresie trwania tego procesu, przeto W. nie mogła nie być wówczas psychicznie upośledzoną, a więc nie posiadała wolnej woli przy tym akcie.

O symulowaniu resp. agrawacji objawów chorobowych przez W., które mogłyby sprawić rzeczoznawcy poważne trudności w rozpoznaniu typu chorobowego ew. w wydaniu orzeczenia w danym wypadku, wobec znacznie zaawansowanego otępienia W. i przejrzystości objawów degieneracyjnych mowy być nie może.

Epikryza. Jakkolwiek ponowne badanie W., podjęte w 7 lat po pierwszem, okazało się koniecznem, gdyż dało dostateczny materjał rzeczoznawczy dla skrystalizowania konkretnego wniosku o stanie psychicznym badanej w okresie sprzedaży gospodarstwa i tem samem przyczyniło się do „wyświetlenia całej sprawy“, eo ipso odpowiedziało dyrektywie, udzielonej przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 31. października 1924 r. (patrz akta karta 182, 183), to jednak należy do ostatecznego rozproszenia wątpliwości oświetlić z obecnego punktu opinjodawczego niektóre poprzednie zeznania i opinje, które już to: A) stoją w pozornej sprzeczności ze sobą, jak np. orzeczenie poprzednich rzeczoznawców p. Dr. P. i p. Dr. S., już to: B) rzekomo stwier-

dzają normalny stan zdrowia W. w czasie zawierania oraz podpisywania umowy i aktu sprzedaży — zeznanie świadków — i dostarczają pozornej podstawy dla obrony oskarżającej, która to obrona poczuwa się upoważnioną do kategorycznego twierdzenia, że W. w czasie sprzedaży t. j. w styczniu r. 1920 była zupełnie umysłowo zdrowa, zachorowała dopiero po akcie sprzedaży, t. j. w marcu r. 1920, oraz że opinja rzeczoznawców jest pozbawiona znaczenia dowodowego.

A) Co do przytoczonej w aktach sprzeczności między orzeczeniem p. Dr. P. i p. Dr. S., to jest ona tylko pozorna, bo, jak wynika z badania obecnego W-iej, jest ona dotknięta 1º psychozą o nierównym co do jej nasileń przebiegu t. j. raz utajoną raz jawną, oraz 2º towarzyszącym jej (psychozie) procesem powolnego zaniku władz umysłowych. — Wówczas, kiedy p. Dr. P. badał W., t. j. w r. 1920, występowały na jaw w pierwszym rzędzie symptomy psychotyczne o typie melancholijnym, ale już ze słabym, przydźwiękiem procesów zanikowych. Wskutek tego rzeczoznawca, opierając swoje orzeczenie na podstawie stwierdzonej psychozy określił ją jako psychozę inwolucyjną t. j. melancholję przewlekłą, prowadzącą do otępienia i zaniku władz psychicznych; w czasie zaś badania W. przez p. Dr. S. psychoza była in statu latente, występowały natomiast tem jaskrawiej towarzyszące jej objawy degieneracyjne, zanikowe, zdefinjowane jako „osłabienie władz umysłowych". Dlatego też w orzeczeniu swojem Dr. S. pominął objawy psychotyczne, bo ich wówczas nie stwierdził, oparł zaś swoje orzeczenie na podstawie osłabienia umysłowości chorej W.

Niniejsza opinja, opierając się na badaniu klinicznem sześciotygodniowem, stwierdziła zarówno objawy psychotyczne (melancholijne) jak i objawy zaniku władz umysłowych (degieneracyjne), wyrażające się w ich otępieniu, zsyntetyzowała więc w treści i formie obie kategorje objawów chorobowych, uzależniła je przyczynowo od siebie jako procesy współrzędne i tem samem, pozostając w zupełnej niezależności od poprzednich rzeczoznawców, bo opierając się jedynie na objektywnych danych, wynikających z bezpośredniego badania chorej, stała się mimowolnym przyczynkiem do scalenia obu poprzednich opinyj i tym sposobem zneutralizowała ich w istocie rzeczy pozorną tylko sprzeczność. Obie to opinje pomimo pozornych sprzeczności uzupełniają się w odźwierciadleniu jednolitego i logicznego w swoim przebiegu aktu psychopatologicznego, który w rozwoju swoim

raz ujawnia się w dominującej nad innymi objawami psychozie, to znów dominantą stają się degieneracyjne objawy, wreszcie po dłuższem trwaniu manifestuje on obie kategorje objawów t. j. psychotyczne i degieneracyjne, składające się na jedną konstrukcyjną całość chorobową, t. j. psychozę inwolucyjną (melancholję) prowadzącą do otępienia i zaniku władz umysłowych.

B) Trudno sobie wyobrazić, aby w dzisiejszym stanie kultury umysłowej sądy mogły wydać wyrok decydujący o osobie podsądnej, podejrzanej o nienormalności psychiczne, na zasadzie opinij laików jak świadkowie i obrońcy, którzy mają zazwyczaj z góry ustalony przez t. zw. opinję publiczną a więc szablonowy pogląd na psychicznie chorego. To też sądy skierowują słusznie takie wypadki na obserwację psychjatryczną w tem przekonaniu, że tylko odnośny specjalista — nie laik — jest władny wydać opinję miarodajną dla wyroku sądowego. To też i w danej sprawie liczne zeznania świadków, na których opiera się obrońca, nie posiadają zgoła żadnej wartości, gdyż pochodzą one od ludzi o wykształceniu bardzo skromnem i światopoglądzie bardzo ograniczonym, nie mających więc żadnych danych wrodzonych ani nabytych do wypowiadania się o tem, czem jest zdrowie i niezdrowie psychiczne i w jakich formach się jedno i drugie objawia. Przeciwstawiać więc tego rodzaju małowartościowe zeznania, choćby ich było setki, opinji naukowo przygotowanego i obserwującego z dnia na dzień odnośny materjał kliniczny specjalisty jako wiarogodniejsze i opierać wyłącznie na nich przekonanie o zdrowiu psychicznem człowieka jest przedsięwzięciem zgóry przesądzającem o jego negatywnym wyniku. Zeznania, że W. w czasie sprzedaży swego gospodarstwa była psychicznie zdrową, bo oprowadzała po niem amatorów na kupno, że wścibiała swoją osobę w pertraktacje, brała od męża pieniądze, otrzymane ze sprzedaży, że wreszcie przewodniczyła ku zadowoleniu współstowarzyszonych w zgromadzeniu różańcowem, nie dowodzą bynajmniej, że nie była wówczas psychicznie chorą osobowością. We współczesnych zakładach psychjatrycznych przeważający kontyngient psychicznie chorych internowanych pracuje w różnych działach organizacji zakładowej, przyczem wykonuje najrozmaitsze czynności pożyteczne o psychicznym walorze, przewyższającym często wartość, przytoczonych przez świadków, „normalnych“ poczynań W., a jednak są to niezaprzeczenie upośledzeni psychicznie, bo ich osobowość psychiczna jest chora, nie-

zdolna do normalnych wyładowań wolnej woli, dlatego też dla załatwienia spraw majątkowych, związanych z takimi chorymi, przydzielani im są przez sądy kuratorzy lub opiekunowie, sami zaś chorzy są też przez sądy ubezwłasnowolniani.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 22. VI. 1928 r.

Przewodniczący: p. AL. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. RUTENDOLLF-PRZEWOSKI.

I. P. Zajączkowski przedstawia dwie chore:

1) Pacjentka P. M., panna, lat 45, z zawodu gospodyni, ma przyrośnięte uszy. Matka chorej była nerwowa. Źrenice bardzo wąskie, odruchy kolanowe i skokowe obustronnie wzmożone, klonus rzepki prawdziwy po stronie prawej, rzekomy po stronie lewej, klonus stopy obustronnie dość słabo zaznaczony, tendencja do Babińskiego po stronie prawej — paluch prawie stale ustawiony w hyperekstenzji, czucie zachowane.

Chora jest zupełnie zdezorjentowana w czasie i miejscu, daje odpowiedzi, uderzające swoją bezsensownością. Lekarza badającego nazywa raz panem X., raz panem Y. Jest przyjaźnie nastrojona, bardzo sugestywna. Zaznacza się wybitnie zmienny afekt; pacjentka chwilami uśmiecha się zalotnie, gwiżdże i śpiewa — i oświadcza, że „przyszła tutaj, żeby wypocząć i śpiewać", po chwili znowu siedzi jakby smutna i na nic nie odpowiada. Uderza w jej uśmiechu głupkowatość i ordynarność. Urojeń chora nie produkuje. Badania pamięci i inteligencji nie można przeprowadzić.

Przedstawiona na konferencji, wchodzi na salę śpiewając; podając rękę, śmieje się. Na pytania chętnie odpowiada. Gdzie jest? — „Tutaj". Na jakiej ulicy mieszka? — „Tak". Czy zna panów lekarzy? — „Wszystkich". Dr. Z. nazywa Krasnowolskim; dr. P. jest panem Leukertem, jest piekarzem, widziała go ostatni raz w chórze kościelnym. Czy ma ładny głos? — „Nie mogę ocenić". Jaka jest pora roku? — „1829"; pytana powtórnie, odpowiada: „lato, wiosna, bo wszystko tak zielone". Czy chciałaby coś zaśpiewać? — „Nie tu". Gdzie? — „W lesie". Pamięć chorej co do lat dziecińStwa zachowana; trudnych słów badana nie potrafi powtórzyć, sprawność zapamiętywania liczb osłabiona. Na kilkakrotne wezwanie, że może iść na kawę, chora nie reaguje.

2) Pacjentka W. W., panna lat 29, obarczona dziedzicznie, — ojciec w młodości pił, matka bardzo nerwowa, umarła na suchoty, brat jest nerwowy, siostra była umysłowo chorą. Badana w dzieciństwie nie chorowała, uczyła się dobrze, perjod występuje regularnie, mija bez dolegliwości. Pacjentka wykazuje stłumienie nad obu szczytami płucnymi. Zmian neurologicznych brak.

Chorobę umysłową zauważono u badanej przed pół rokiem; zrobiło się jej źle. Chora zaczęła błędnie mówić, tłukła szklanki, rzucała różnymi przedmiotami na otoczenie, śpiewała, dużo się modliła, wyrzuciła rodzinę z pokoju, była bardzo ruchliwa; wyzywała na lekarzy i otoczenie. W czasie badania w Zakładzie chora była bardzo ruchliwa i żywa, na pytania nie odpowiadała wprost, tylko piąte przez dziesiąte, przeskakiwała z tematu na temat. Pytana, gdzie się znajduje, odpowiada: „Piekło, ziemia i niebo". Co za zakład? — „Piekło, pozo zakładem anioły, lepiej jest w niebie". Była tam, tam tańczą, tam dzielą się na różne kategorje. Co do czasu, geografji kraju i wydarzeń politycznych chora była zorjentowana, rachowała nieźle. Na pielęgniarkę mówiła, że jest to kategorja djabła, której nie wie i nie zna pochodzenia i pokolenia.

Pytana, dlaczego znajduje się w Zakładzie, odparła: „To, moja rzecz, że skonstatowałam piekło, nie wyjdę tak prędko, muszę być długo fabrykowana, od 12 lat chodzą na ziemi balonami, nosem na ziemię upadają". Pytana o zawód, podała, że uczyła się szyć, że jest wybrana dla Boga, który jest kategorją nieba, że była w czyśćcu, skąd się wyzwoliła. Chora była bardzo ruchliwa, dużo opowiadała, źle sypiała i musiała być do jedzenia przymuszana. Po 7-tygodniowym pobycie w Zakładzie ojciec zabrał pacjentkę do domu, atoli już po tygodniu przyprowadził ją zpowrotem. Chora jest psychomotorycznie podniecona, dużo opowiada, chce celem leczenia się wyjechać do Zakopanego, chce wyjść zamąż, chce być księżną, królową. Nastrój jej jest bardzo zmienny; chora często niespokojna, krzyczy przeraźliwie i bije pięściami w drzwi, twierdząc, że wojsko i cały świat przyjechał, aby pomścić jej krzywdę. Czasami znów spokojniejsza, chodzi do klocków, często jednak się upiera, że pracować nie potrzebuje, bo jest panią kapitanową, ma na usługi ludzi, wymyślała i domagała się lepszego jedzenia, gdyż „chce jeść figi z miodem" i zagraniczne owoce, chce jeździć na wielbłądach.

Przedstawiona na konferencji, zachowuje się negatywistycznie, jest zorjentowana co do miejsca. Na dużo pytań nie odpowiada bezpośrednio, tylko patrzy na piszącego lekarza. Chciałaby być służącą u Dybalskich lub Adamskich, chciałaby wyjść zamąż za człowieka, któryby ją bronił, człowieka, który przychodził do nich do ojca, który grał w loterję i miał się oświadczyć.

II. Następnie p. **Bielawski** odczytuje ze swojej broszurki o schizofrenji, w której mówi o „psychozie bolesnej", zaliczając ją tak jak melancholję atoniczną, hebefrenję i katatonję do zachorzeń umiejscowionych w podstawie mózgu, i w związku z tem przedstawia pacjenta F. S., lat 30, kawalera, z zawodu robotnika rolnego, od roku w Zakładzie. Chory ma małe, sterczące, przyrośnięte uszy, oczy zapadnięte, twarz bez wyrazu, brózdę nosowo - wargową prawą więcej wygładzoną; prócz tego zauważa się drżenie powiek i języka.

Chory w czasie przyjęcia do Zakładu siedział nieruchomo, z rękoma położonemi na kolanach, miał wzrok utkwiony w jeden punkt, mówił głosem tajemniczym, wyraz twarzy cierpiący, zbolały. Personalja podawał prawidłowo, przyszedł do Zakładu, „żeby się polepszyło całkowicie, tak człowiek nie może ni wprzód ni wstecz". Czuł się naogół dobrze, ale chwilami „czuł wymuszanie z człowieka prawie od 5 lat, tak przyszło niespodzianie, nie całkowicie zdjęte". Pytany, co miało być zdjęte, odpowiadał: „pańszczyzna nic innego nie jest, od prawie roku co tylko możliwe, dolegało, męczyli wszystkiem, czem tylko mogli, wszystko wyginęło w sprężynach, jak np. kości, głowa". Czas podał badany dobrze. Zadanie rachunkowe wykonał prawidłowo i bardzo prędko. Na pytanie, jaka różnica jest między kłamstwem a omyłką, — pacjent marszczy czoło i mówi: „Kłamać — nie, omyłka — może zdarzyć się".

W przebiegu choroby jest spokojny, niechętnie rozmawia, jest przygnębiony, zahamowany, milczący, unika towarzystwa i separuje się od otoczenia, ukrywa się po kątach, czasami nudzi się, głośno wymyśla i wypowiada cały szereg urojeń prześladowczych. Twarz jego zawsze wyraża lekką boleść, czoło wygładzone, mimika sztywna; pacjent niczego nie pragnie. Pytany, czy jest smutny, mówi: „niebardzo". Sen jest dobry, do jedzenia trzeba go zachęcać.

Przedstawiony na konferencji jest bardzo skąpy w swych odpowiedziach, orjentuje się jednak w czasie i sytuacji. Zachęcany kilkakrotnie do siedzenia, raz dziękuje, poczem odpowiada w niegrzeczny sposób. Pytany, gdzie jest, odpowiada: „Internat lekarzy". Czy wesoły? „Czasami". Czy smutny? — „Różnie bywa". Czem jest? — „Obecnie niczem". Czem był? — „Jest podane". Proszony, żeby coś opowiedział, odpowiada: „tak nic nie mam", po chwili chrząka. Zachęcony ponownie, odpowiada: „Jak się na tem zna, nie trza opowiadać; pan doktór ma szkołę poza sobą".

Referent przychodzi do wniosku, że badany, który na początku swojej choroby prezentował zespół objawów cechujący „psychozę bolesną" względnie melancholję atoniczną, przedstawia okres końcowy tej psychozy.

Dyskusja.

P. **Piotrowski** zwraca uwagę na fakt, że pacjentka P. M. orjentuje się tylko częściowo, posiada wprawdzie świadomość własnej osoby, ale nie orjentuje się w otoczeniu, reaguje pośrednio, nie ma związku z życiem codziennem. Badana znajduje się w stanie amentywnym.

Pacjentka W. produkuje wprawdzie objawy schizofreniczne, jednakże mimo negatywistycznego nastawienia nietrudno nawiązać z nią kontakt. W zachowaniu badanej dużo jest pozy, jak u histeryczki. Pierwiastek erotyczny odgrywa w przejawach psychicznych wybitną rolę. Stan psychotyczny badanej może oznaczać podniecenie u hebefreniczki albo psychozę manjakalną u psychopatki. P. Piotrowski skłania się do drugiego rozpoznania.

P. Bielawskiemu (przypadek 3-ci) p. **Piotrowski** zwraca uwagę na okoliczność, że gdyby się zaliczało melancholję do chorób organicznych, prognoza byłaby z reguły niepomyślna, gdyż choroby organiczne należy uważać za nieuleczalne; dlatego p. Piotrowski nie godzi się z tem, ażeby melancholję mieszać ze zchizofrenją. Melancholja należy do psychoz manjakalno-depresyjnych. P. Piotrowski zalicza melancholję do psychoz funkcjonalnych i rozróżnia cztery jej formy przejawowe:

1. Melancholia attonita,
2. „ agitata,

3. Melancholia passiva,
4. „ activa.

Ad 1). Melancholia attonita przedstawia się w postaci głębokiej depresji, bolesności psychicznej, zahamowania psychicznego i zastygnięcia czynności umysłowych.

Ad 2) Melancholia agitata natomiast charakteryzuje chorych, którzy znajdują się w stanie przygnębienia z silnemi lękami, objawami bolesności psychicznej, z uczuciem opresji koło serca, co wywołuje silny niepokój ruchowy i dążności samobójcze.

Ad 3) Melancholia passiva oznacza przygnębienie psychiczne z bolesnością, z ubóstwem myślowem, z brakiem urojeń.

Ad 4) Melancholia activa zachodzi wtedy, kiedy chory produkuje mnóstwo urojeń melancholijnych, przyczem symptom bolesności odgrywa dużą rolę.

W poszczególnych przypadkach typy te mogą się ze sobą zlewać.

Melancholja może zachodzić także u schizofrenika; melancholja po pewnym czasie ustępuje, schizofrenja pozostaje. Rozpoznanie jej jest bardzo utrudnione ze względu na osobowość schizofrenijną chorego. Od melancholji należy odróżnić stany depresji u schizofrenika.

W melancholji jest zachowana adekwatność wzruszeniowości do bodźców; schizofrenik natomiast tej adekwatności nie ma. Niema jej także u badanego. Jeżeli p. Bielawski podkreśla fakt, że twarz badanego wyraża ból, to nie dowodzi tem samem, iż pacjent rzeczywiście odczuwa ból. Myślom jego naogół nie towarzyszy współwierny przydźwięk wzruszeniowy. Uderza raczej obojętność badanego na własne położenie, na to, co się z nim dzieje. Rzekomy bolesny wyraz twarzy jest to raczej wywołany osobliwą konstrukcją oblicza, ułożeniem linij charakterystycznych ku dołowi. P. Bielawski przeoczył ten moment charakteru fizjonomji. Można rozróżniać trzy typy fizjognomiczne, nadające twarzy człowieka specyficzny wygląd, zależnie od ułożenia linij charakterystycznych: u jednych są one zwrócone więcej ku górze, u innych przebiegają one poziomo, u innych znów skierowane są więcej ku dołowi. U badanego linje te (mianowicie brwi, usta) skierowane są ku dołowi. Najwyraźniej uwydatnia się ten szczegół w przypadkach psychozy manjakalno-depresyjnej, gdy porównamy fotografję

chorego z okresu manjakalnego z fotografją jego z okresu melancholijnego. Na pierwszej linje wspomniane dążą ku górze, na drugiej ku dołowi.

Co się tyczy melancholji inwolucyjnej, p. Piotrowski uważa określenie to za niewłaściwe, albowiem prowadzić ono może do błędów djagnostycznych i prognostycznych.

Jeżeli choroba występuje w okresie inwolucji, a zaburzenia psychiczne stanowią przejaw psychozy manjakalno-depresyjnej, wtedy należy mówić o melancholji i rokować pomyślnie.

Zaburzenia psychiczne mogą jednakże oznaczać chorobę organiczną, polegającą na zmianach przedsenilnych wzgl. senilnych, rozwijającą się w okresie inwolucji oraz występującą w początku w postaci depresji a kończącą się otępieniem. W tych przypadkach nie należy mówić o melancholji, albowiem melancholja jest chorobą funkcjonalną, nie prowadzącą do otępienia. Zaleca się mówić o stanie depresji w zachorzeniu przedsenilnem (choroba Alzheimera, presbyophrenia, dementia arteriosclerotica).

P. **Bielawski** zaznacza, że aczkolwiek p. Piotrowski nie akceptuje bez zastrzeżeń określenia „melancholia attonita" w sensie bleulerowskim, to jednakże faktem jest, że termin ten utarł się jako określenie stanów depresyjnych istniejących poza grupą psychoz manjakalno-depresyjnych.

Objaw smutku swoistego rodzaju należy do objawów istotnych melancholji atonicznej; jest to pierwotny wyraz smutku.

Wśród rozmaitych przypadków klinicznych nasilenie objawów psychicznych wzgl. katatonicznych bywa rozmaite; z jednej strony przeważają objawy katatoniczne, z drugiej psychiczne. Obraz ten możnaby przedstawić w rysunku, przyczem linja przeciągnięta po jednej stronie określałaby fazę depresyjną, linja przeciągnięta po drugiej stronie — fazę katatoniczną, linja zaś przeciągnięta przez środek, uwidoczniałaby melancholję atoniczną.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 20. VII. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. RUTENDOLLF-PRZEWOSKI.

I. 1) p. **Zajączkowski** przedstawia podsądnego F., lat 51, z zawodu robotnika, karanego za kradzież, obecnie oskarżonego o różne kradzieże.

M. in. F. wybił szybę w sklepie galanteryjnym, wszedł do niego, zabrał rozmaite przedmioty, zapakował do worka, znalezionego na miejscu i następnie obchodził okoliczne wsie, usiłując sprzedać te rzeczy. W innym przypadku F. wszedł do obory gospodarza, u którego nocował, wyjął z muru dwie cegły, przez powstały otwór otworzył sobie drzwi do mieszkania i zabrał ubranie, 100 zł i zegarek; w tej samej wsi usiłował popełnić kradzież na probostwie.

Podsądny jest wzrostu małego, ma niskie, pomarszczone czoło i twarz stale wyrażającą zdziwienie.

Badanie neurologiczne wykazało wzmożone odruchy ścięgniste, obustronnie dodatni objaw Piotrowskiego oraz osłabione czucie głębokie.

Badany pochodzi z rodziny dziedzicznie obarczonej i moralnie podupadłej. Chował się w żłóbku, gdyż ojciec jego był awanturnikiem, „potrzaskał garnki" i opuścił rodzinę; obecnie siedzi w więzieniu. Matka piła, biła go, ludzie wołali na nią „warjatka". Brat „miał chore nerwy, pił", miewał napady epileptyczne i zmarł na wojnie.

Podsądny nie rozumie pytań odrazu, odpowiada, żywo giestykulując i dopomagając sobie wykrzyknikami jak: „psiakrew, nie wiem", „to lepiej po niemiecku umiem", „cóż ja będę całą książkę opowiadał" itp. Datę urodzenia po kilku takich wykrzyknikach podaje ostatecznie dobrze po niemiecku, nie wie daty dnia teraźniejszego; w szkole — jak podaje — uczył się „fest", ale nigdy nie umiał rachunków i religji. Wspominał, że go często bili; do komunji został przyjęty dopiero w 14-ym roku życia, gdyż nie umiał katechizmu. Badanie na inteligencję daje wynik ujemny. Pytany, ile jest 3×7, F. liczy na palcach. Podsądny ciągle powraca do prośby, żeby go odesłać.

do więzienia, gdyż można się tam „fest“ nauczyć szewiectwa. W więzieniu siedziałby chętnie 10 lat, do domu nie ma poco wracać, „bo matka jeść nie da“. Domaga się odesłania do więzienia, gdyż nie jest chory i między warjatami w tym hałasie nie wytrzyma, narzeka na ból głowy, mówi, że długo żyć nie będzie; chce się powiesić, bo „co mu po takiem życiu“; w więzieniu usiłował się powiesić, bo wziął sobie do głowy, że „rodzina mu nie przysłała paczki“; — mówi, że ma syfilis, pokazuje członek, pragnie wyjść z zakładu, bo „dawał na kościoły“, ew. zostałby, ale nie na całe życie, bo chciałby się ożenić. Towarzysze namawiali go, żeby ukradł kaczkę, więc na rynku porwał kaczkę handlarce, pod okiem policji. Policjant odebrał zdobycz i dał mu „po łbie“, z czego się towarzysze śmiali — „takich ja mam kolegów“, dodaje, „jeszcze się śmiali ze mnie“. Inny towarzysz kazał mu wybić szybę, a później mu doradził przyznać się do wszystkiego, — „a teraz — to nic, tylko po śmierci“.

Nieraz za nim dzieciaki uganiały, wołając „głupi Leonek“, kazały mu tańczyć, tak go lubiły.

2) Następnie p. Zajączkowski przedstawia dyrektora banku M., lat 37. Pacjent jest dziedzicznie nieobarczony, był bardzo zdolny w swoim zawodzie i pracował często do późnej nocy, nie miał czasu do rozrywek i przez kilka lat nie zaznał żadnego wytchnienia. Gdy wreszcie z powodu przemęczenia przed rokiem (1927) wyjechał na wywczasy, wybuchła nagle choroba psychiczna. Chory miewał halucynacje wzrokowe i słuchowe, oświadczył nagle, że musi wrócić do domu, gdyż tam się coś wydarzyło, że jest prześladowany przez nieprzyjaciół i musi bronić rodziny. Oddany do zakładu psychjatrycznego B., chory z początku był tam bardzo niespokojny, słyszał głosy, które go prześladowały i namawiały do samobójstwa. Stale mówił, że nie może dłużej żyć i musi sobie życie odebrać. Po rocznym pobycie w zakładzie stan chorego się nieco poprawił; 4. lipca 1928 r. chory wydawał się być zupełnie normalnym. Żona zabrała go do domu i omawiała z nim wszystkie sprawy gospodarcze. Po dwóch dniach jednak nastąpił nawrot choroby. Chory zasklepił się, siedział baz ruchu, dumał; skoro usłyszał

jakikolwiek głos, czy w domu, czy na ulicy, zaraz się niepokoił. Pewnej nocy chciał sobie pilnik do paznokci wbić w serce. Ustawicznie usiłował popełnić samobójstwo, przyczem uderzała stale demonstracyjność w tych usiłowaniach. Pytany, dlaczego chce umrzeć, odpowiada, że „musi". Bezustannie trzeba było go pilnować. Czwartego dnia żona przywiozła go do Zakładu. Współżycie małżeńskie przed chorobą było poprawne; M. kochał żonę i dzieci. W chorobie dzieci nie dotykał, tłómacząc, że ma syfilis i mógłby je zarazić.

Chory jest drobnego wzrostu i delikatnej budowy, o wyglądzie chłopięcym. Do wojska przed wojną nie został zaciągnięty z powodu ogólnej słabości ciała.

Badanie neurologiczne wykazało: źrenice niezupełnie okrągłe, szczególnie lewa, reakcja na światło mało wydatna; odruchy kolanowe i skokowe są zniesione.

Badany jest zupełnie zorjentowany, wie, dlaczego go przywieziono do Zakładu, podaje, że miał myśli samobójcze, że jest smutny i nie może pracować na żonę i dzieci. Chorobę swoją tłómaczy przepracowaniem w banku. Głosów już nie słyszy, tylko coś jakby brzęczenie. Zaprzecza kategorycznie, że miał albo że ma halucynacje. Pacjent bagatelizuje dane z wywiadów, usiłuje być spokojnym, nie wytrzymuje jednak badania i łatwo się podnieca, żądając kategorycznie zwolnienia z Zakładu. Obserwator odnosi wrażenie, że badany świadomie ukrywa swoje chorobowe przeżycia. Zaburzeń krytycyzmu lub pamięci nie daje się u chorego stwierdzić. Na oddziele pacjent jest spokojny, trzyma się na uboczu, z nikim nie rozmawia. Podczas odwiedzin żony pacjent koniecznie chciał z nią jechać. Nazajutrz, po wyjeździe żony, chory był niespokojny, twierdził, że żona znajduje się jeszcze w Zakładzie, dopytywał się i szukał jej w ogrodzie i po salach, oraz we wszystkich łóżkach.

Przedstawiony na konferencji, badany daje krótkie rzeczowe odpowiedzi. Choć stara się panować nad sobą, to jednak widać tłumiony wewnętrzny niepokój. Pacjent tłómaczy się, że miał przepracowane nerwy, że obecnie uczucie lęku i prześladowania zupełnie minęło, że czuje się na siłach, ażeby znowu objąć posadę. Na uwagę, że

zdrowy człowiek nie myśli godzić w swoje życie, badany odpowiada, że takie już miał usposobienie od dzieciństwa, że były to „takie myśli z młodości", kiedy wszyscy czytywali Nietschego, że ojciec jego także miewał napady pesymizmu. Uważa, że jest niesłusznie internowany i chce wnieść zażalenie do władzy.

II. 1) Następnie p. **Gawroński** przedstawia p. W. D., lat 19, dziedzicznie obarczoną. Pradziadek był alkoholikiem ubezwłasnowolnionym; prababka, babka miały wól, matka ma także wól, jest nerwowa, łatwo wpada w gniew i zdenerwowanie, ojciec i siostra mają też wól. Badana od urodzenia była drobną, rozwijała się naogół dobrze, przeszła tylko 4 klasy liceum, skąd ją zabrano, bo była wątła. Uczyła się dobrze, miała zdolności do rachunków.

Chora ma wygląd infantylny, silnie występujące kości policzkowe, owłosienie górnej wargi, włosy około sutek, męski typ owłosienia wzgórka łonowego. Prócz tego stwierdza się wyraźne powiększenie gruczołu tarczowego, szczególnie przy kaszlu, i przyspieszoną akcję serca. Stan neurologiczny nie wykazuje zmian patologicznych.

Przy przyjęciu do Zakładu chora jest zdezorjentowana, uważa, że się znajduje „w szkole niemieckiej". Przy badaniu zachowuje się biernie, zleceń nie spełnia. Chwilami wstaje, ustawia się w teatralnej, bohaterskiej pozie, mówi z emfazą, giestykulując i krzycząc, wymawia głosem deklamatorskim słowa i zdania bez związku jak „ach, ach, ten Kanicki... ja poszłam na pustynię, na Saharę, gdzie rosną palmy i daktyle". Chwilami popada w stan osłupienia, patrzy przed siebie bez wyrazu, nie reaguje na zlecenia i pytania. Ze stanu tego nie udaje się jej wyprowadzić nawet ukłuciem igłą, na które reaguje tylko ruchem obronnym.

Na oddziele pacjentka bywa często bardzo niespokojna, zrywa się i krzyczy coś bez związku, woła, że jest bogiem, biega, śpiewa, gwiżdże, klaszcze, rozmawia głośno i śmieje się do siebie, to znowu płacze i domaga się wypuszczenia do domu.

Do sali konferencyjnej badana wchodzi otulając się swetrem i przedstawia się jako panna D.; pytana, czy jest jej zimno, chora odpowiada, że „jest otruta gazem".

Dostała się tu przez grzechy pana X. Badana wie, że się znajduje w sali konferencyjnej i że jest rok 1928, na szereg pytań nie odpowiada wcale lub też przytakiwaniem wzgl. odtakiwaniem, albo odpowiada opryskliwie. W trakcie badania wstale i pluje do spluwaczki, bo czuje się otrutą. Referent rozpoznaje tu psychozę na tle Basedowa.

2) Następnie p. **Gawroński** przedstawia p. H. W., lat 17, córkę robotnika rolnego, przebywającą po raz drugi w zakładzie. H. w dzieciństwie nie chorowała, chodziła do szkoły 7 lat, uczyła się dobrze. Przed dwoma laty pierwszy raz nagle zachorowała umysłowo, była niespokojna, starała się oddalić się z domu, mówiła od rzeczy, śpiewała i krzyczała dużo, bała się sama pozostać w mieszkaniu, nie orjentowała się ani w czasie ani w otoczeniu, była motorycznie podniecona. Przywieziona do D., H. podała, że ma lat 6 (w rzeczywistości miała 16), wydawała się jak senną, robiła ruchy stereotypowe, rękę podnosiła kilka razy, usta, które kazano jej otworzyć, otwierała kilka razy, rękę podnosiła kilkakrotnie, powtarzała kilkakroć jedno i to samo słowo, jak glorja i dominis, wydawała ze siebie dźwięki podobne do czkawki.

Chora dużo się śmiała, krzyczała, rzucała się na posadzkę, targała za włosy, płakała, biegała i goniła inne chore, na pytania odpowiadała niedorzecznie, to znów siedziała bezczynnie z twarzą osowiałą, bezmyślną, oraz śmiejąc się, to znów płacząc lub śpiewając nabożne pieśni. Po dwóch miesiącach chora powoli wychodziła z tego stanu, dawała rozsądne odpowiedzi, tęskniła do domu, była smutna i przygnębiona. Po 7 miesiącach pobytu w zakładzie pacjentka została w stanie wyzdrowienia odebrana przez ojca i przebywała w domu rok i dwa miesiące. Przed tygodniem znowu została przewieziona do zakładu,

Chora ma twarz asymetryczną, nalaną, nos o szerokiej podstawie, uszy małe, blade, przyrośnięte, usta przeważnie otwarte.

Neurologicznie stwierdza się; lekkie drżenie wysuniętego języka, brak odruchów podeszwowych; na ukłucia igłą chora chwilami zupełnie nie reaguje, czasem reaguje ruchem obronnym.

Badana daje odpowiedzi niedorzeczne, nie orjentuje się w czasie, jest rozmarzona, często parska śmiechem głupkowatym, i zarazem zalotnym, grymasi, podaje, że słyszy głosy, że widziała „Matki Boskie" z Częstochowy, z Kępna, z Działdowa etc., które stały koło niej przy łóżku, jedna w czarnej sukni, inna w białej szacie i pocierała bursztyny. Pacjentka czuje się na śmierć chorą; przyszła tu, żeby wyzdrowieć. Na oddziele trzyma się na uboczu, z nikim nie rozmawia, naogół jest spokojna, posłuszna, chwilami biega po ogrodzie, śpiewa, skacze, tańczy, śmieje się do siebie, mówi bez związku, to znów jest przygnębiona, zahamowana, mało ruchliwa. Chora przedstawiona na konferencji, stoi ze zwieszoną głową. Pod wpływem pytań podnieca się, mówi dużo, opowiada bezładnie o swoich przeżyciach, staje nagle pod piecem i nie pozwala się od niego odsunąć. Wiek swój podaje na lat 27 (mając lat 17) Pytana, dlaczego sobie dodaje 10 lat, śmieje się i mówi bez związku, m. innemi że jest w zakładzie, bo „ojciec wołał, że niema rzeczy od komunji św.", że w D. jest najwięcej zbrodniarzy na świecie.

Dyskusja.

P. Piotrowski, przyjmując u podsądnego F. (I, 1) niepoczytalność z powodu głuptactwa znacznego stopnia, zwraca uwagę na asymetrję twarzy i na wodogłowie badanego. Podsądny daje tak niedorzeczne odpowiedzi, że gdyby one miały być wyrazem symulacji, ten naiwny sposób udawania już przemawiałby za głuptactwem. Targnąć się na własne życie dla tego, że paczka nie nadeszła, może tylko głuptak. U F. mamy niedorozwój psychiczny znacznego stopnia, równający się stanowi chorobowych zaburzeń psychicznych wykluczających wolną wolę w myśl § 51 k. k.

W przypadku pacjenta M. (I, 2) p. Piotrowski wyraża opinję, że badany dysymuluje. Nieuzasadniona nieufność, jego podejrzliwa ostrożność, bagatelizowanie wywiadów, — to są jednak objawy, cechujące paranoika. Ponieważ reakcja na światło jest mało wydatna, ponieważ brak odruchów kolanowych i skokowych, istnieje podejrzenie na luetyczne zachorzenie centralnego systemu nerwowego. Należy przeprowadzić badania serologiczne.

Negatywistyczne nastawienie chorej D. (II, 1), jej stany nagłego zahamowania psychicznego (badana czasami robi wrażenie, jak gdyby chciała mówić a nie może, bo ją coś wstrzymuje — „Sperrung“) — kwalifikują zachorzenie badanej jako schizofrenję; wól nie jest tu symptomem basedowoidalnym, lecz przedstawia cechę konstytucyjną. W psychozie reakcyjnej jak również w psychozie Basedowa osobowość jest zachowana.

Chora W. (II, 2) werbigieruje, grymasi, robi ruchy stereotypowe, ma halucynacje wzrokowe i słuchowe, dysocjację w myślach i mowie. Objawy te stanowią charakterystyczny zespół schizofreniczny.

Streszczenia i oceny.

Arthur Kronfeld: Perspektiven der Seelenheilkunde. (Perspektywy w psychjatrji), wyd. G. Thieme w Lipsku, 1930, str. 384, cena br. 25. — mk., opr. 28.— mk.[1])

A. Kronfeld, znany autor rozpraw „O istocie psychjatrycznego poznawania“ i „O psychologji w psychjatrji“, ogłosił drukiem książkę pod tytułem: „Perspektywy w psychjatrji“.

Treść dzieła, bogata w szczegóły i myśli, zajmuje czytelnika nietylko pod względem tematycznym, ecz również ze względu na historyczny przegląd, dający jasny obraz rozwoju nowoczesnych idei przewodnich w psychologji i w psychopatologji. Celem książki jest wywołanie u czytelnika więcej zainteresowania i zrozumienia dla osobowości psychicznie chorej, w szczególności zaś dla schizofrenika, którego należy uchwycić u samych podstaw jego jaźni, znajdującej się w niebezpieczeństwie zaniku, a przejawiającej się w psychozie i przez psychozę, — jaźni zmienionej i przekształcającej świat cały. Fundamentalna antropologja schizofrenji — otóż idea przewodnia dzieła. To też uwaga czytelnika skierowana jest przeważnie w stronę schizofrenji, stanowiącej w dobie obecnej tak jak przed 20 laty, najwięcej dyskutowany i zawiły problem badań naukowych kliniki psychjatrycznej.

W przedmowie autor informuje czytelnika, że dążeniem jego było ścisłe określenie i systematyczne ujęcie w jednolitą całość wszystkich cech psychotycznych, składających się na pojęcie schizofrenji, której istotę charakteryzuje jako specyficzne przekształcenie osobowości psychicznej.

Cel ten nie był dowolnie antycypowany, lecz został osiągnięty mozolną, długą i żmudną pracą.

O drodze postępowania przy dociekaniach naukowych dowiadujemy się z dwóch pierwszych rozdziałów książki, gdzie czytelnik znajdzie obszerne i szczegółowe uzasadnienie zastosowanych metod badania.

---

[1]) Książka nadesłana do recenzji w Nowinach Psychjatrycznych.

W trzecim rozdziale autor zastanawia się nad możliwościami ustalenia kryteryj psychizmów nienormalnych, wskazuje na „intencjonalność“ jako źródło wszelkich manifestacyj osobowości psychicznej i żąda osobnej psychopatologji „intencjonalności“.

Następnych pięć rozdziałów poświęconych jest badaniom nad zboczeniami jaźni, nad zaburzeniami w sferze popędów, działania, świadomości, myślenia, mowy, urojeń (ze względu na ich znaczenie dla schizofrenji) i uczuć urojeniowych.

Autor przytacza ważniejsze daty, dotyczące historji rozwoju pojęcia schizofrenji i oświetla krytycznie próby podejmowane w celach rozwiązania problemy schizofrenji.

Dużo miejsca poświęca on psychologji i jej rozwojowi w ostatnich 200 latach t. j. od chwili pojawienia się psychologji sensualistycznej aż do naszych czasów, poprzez psychologję asocjatywną, aperceptywną, porównawczą, subjektywną (intraspektywną), komentuje szeroko wpływ teorji refleksologicznej behavioryzmu na ukształtowanie psychologji nowoczesnej, szkicuje w grubych zarysach obecny stan nauki o przejawach psychicznych, przeciwstawia psychologji subjektywnej w sposób krytyczny psychologję objektywną i zastanawia się nad tem, dokąd one prowadzą.

Ze zagadnień psychologicznych interesuje go najwięcej problem osobowości, którą pojmuje jako jedną, niepodzielną, indywidualną, aktywną całość, objektywowującą się w czynach, oświetla pojęcie świadomości oraz istotę tożsamości, poddaje subtelnej analizie teorje snu, określa stan lękowy jako psychizm pierwotny, dopatruje się kryteryj, odróżniających psychiczne przejawy nienormalne od normalnych w postępowaniu socjalnem osobnika i, opierając się na danych filogenetycznych i antropologicznych, oznacza ostatecznie osobowość schizofrenijną.

W dziedzinie badań psychopatologicznych autor zaleca żywsze zainteresowanie dla zjawisk patologicznych psychomotorycznych, akinetycznych i hyperkinetycznych. Na pierwsze miejsce wysuwa psychopatologję mowy, nakreśla jej fenomenologję, omawia różne teorje afazji i kończy szkicem zaburzeń mowy w katatonji.

Ostatni rozdział książki zawiera apoteozę Kraepelina. Słusznie autor argumentuje, że chcąc zrozumieć istotę schizo-

frenji, trzeba rozpocząć dociekanie od grupy nozologicznej „dementia praecox" Kraepelina, któremu oddaje należny hołd i którego zasługi około rozwoju nowoczesnej psychjatrji klinicznej podkreśla dobitnie, nie zapominając przytem o jego poprzednikach (Morel, Hecker, Kahlbaum), których prace były podstawą dla koncepcji Kraepelinowskiej, umożliwiając niemieckiemu uczonemu zestawienie w jedną grupę „dementia praecox" różnych form chorobowych, wyłuszczonych przez jego poprzedników z chaosu zjawisk psychjatrycznych. Nie pomniejsza zasług Kraepelina fakt, że jego tezy musiały ustąpić miejsca innym poglądom na istotę zagadnienia, głównie dla tego, że opieranie się na badaniach anatomo-patologicznych nic pozytywnego dla patogenezy nie wydało.

Natomiast teorja endogenna patogenezy „otępienia wczesnego", przejęta od Morela, doprowadziła do nowych koncepcyj ujmujących „otępienie wczesne" jako systematyczne heredo-degeneratywne zachorzenie mózgu (Kleist) w trojakiej objektywizacji (katatoniczne zmiany we wyrazie i postawie, hebefreniczne manifestacje afektywności i schizofrenijny rozpad abstrakcyjnego myślenia i mowy), jako psychozę symptomatyczną egzogennego, reaktywnego typu Bonhoeffera (Bumke), jako „insuficjencję aktywności psychicznej" (Berze) itp.

Ten sposób ujęcia rzeczy prowadzi do psychologicznej analizy symptomów u Bleulera, który łączy postacie chorobowe nie jak Kraepelin, według ich stanów końcowych, lecz według wspólnych objawów podstawowych.

Autor rozwodzi się szeroko nad teorją Bleulera, który przeniósł ciężar problemu z dziedziny klinicznej na platformę psychologiczną aprobuje koncepcję bleulerowsko-kretschmerowską schizoidji, ocenia dodatnio odkrycie Kretschmera konstytucji schizoidnej, uwypukla jasne postawienie tematu przez szkołę francuską, odróżniającą funkcjonalną schizomanję od organicznej schizofrenji (encephalitis chronica) i instynktywną demencję w schizofrenji od intelektualnej demencji w psychozach organicznych, wskazuje na wpływ filozofji Bergsona na umysły psychjatrów we Francji.

Najwięcej słów uznania ma on dla Mignard'a, odrzucającego rozszczepienie schizofrenijne, jako sprzeczne z ideą jedności psychicznej i kwalifikującego schizofrenję za Chaslin'em jako „psychose discordante" i jako objaw wtórny, powstały na

tle zachorzenia afektywności. Mimo licznych zastrzeżeń, autor w zasadzie hołduje tym samym zapatrywaniom co Mignard i charakteryzuje psychozę tę jako osobliwe przekształcenie jaźni.

Ostatecznie autor konkluduje, że badaniem przejawów schizofrenijnych nie da się narazie więcej osiągnąć, jak symptomatologiczne wyświetlenie zjawisk psycho-patologicznych. Tem samem przyznaje, że zajął stanowisko rezygnacji (jak Hoche).

Autor zastrzega się, że nie uprawia filozofji, atoli książka jego, zwłaszcza w pierwszych ustępach, traktujących o zagadnieniach psychologicznych, pełna jest aluzyj i cytatów filozoficznych, roi się tam od nazwisk autorów filozofujących, których poglądy na przedmiot powyżej wspomniany i opinje o kwestji dyskutowanej obszernie są komentowane.

Odnosimy wrażenie, że mamy przed sobą raczej dzieło filozoficzne, a nie książkę, traktującą o rzeczach medycznych. Język jest miejscami ociężały, niewyraźny, niejasny, trudny do zrozumienia. Czytelnik musi wytężyć całą uwagę, aby do reszty zanalizować oryginalne konstrukcje myślowe i wydobyć z nich sens ukryty w neologizmach i w skomplikowanych zawiłych zdaniach.

Dopiero w ostatnich rozdziałach, gdzie mowa o zagadnieniach rdzennie psychjatrycznych, język staje się prosty, jasny, wyraźny, przystępny. Rozdziały te czyta się z przyjemnością, ulgą i westchnieniem.

Kto się zajmuje problemem schizofrenji i interesuje zagadnieniami, związanemi z tem problemem, dla tego książka Kronfelda przedstawia istny skarb wiedzy i stanowi obfite źródło wiadomości historycznych i rzeczowych z dziedziny psychologji i psychjatrji nowoczesnej. Al. PIOTROWSKI — Dziekanka.

Kolle Kurt: Die primäre Verrücktheit. Psychopathologische, klinische und genealogische Untersuchungen. (Obłęd pierwotny. Badania psychopatologiczne, kliniczne i genealogiczne). 267 str., 26 tablic genealogicznych. Wyd. G. Thieme, Lipsk, 1931 .Cena br. 25. — mk. [1]).

Autor zerwał z tradycją rozpoczynania rozprawy naukowej wstępem historycznym i wprowadza czytelnika wprost in

[1]) Książka nadesłana do recensji w Nowinach Psychjatrycznych.

medias res. W czterech rozdziałach referuje on (praca nie jest polemiczna) o swoich planowo przeprowadzonych badaniach nad zachorzeniem paranoicznem i zastanawia się w szczególności nad dwiema postaciami psychotycznemi, mianowicie nad paranoją i parafrenją.

W pierwszym rozdziale stara się on — na zasadzie kraepelinowskich wzorów paranoi — wykazać pierwotny charakter idei paranoicznej. W drugim rozdziale jest mowa o kryterjach klinicznych paranoi. Uwzględnione są tu momenty jak wiek, zawód, płeć, konstytucja fizyczna, usposobienie psychiczne, nastawienie seksualne chorego, przebieg psychozy, ustosunkowanie się paranoika do treści swoich urojeń, tło dziedziczno—biologiczne cierpienia, znaczenie sądowo-psychjatryczne paranoi. Rozdział ten zamykają rozważania o parafrenji, stanowiące pomost do następnego rozdziału — trzeciego, w którym omawiane są szczegółowo różne przejawy i atypowe postacie parafrenji. Czwarty rozdział zawiera kazuistykę, na którą złożyło się mnóstwo obszernych, wyczerpująco opracowanych historyj chorób. Kazuistyka zajmuje większą część książki. Życiorysów chorych autor z rozmysłem nie przytaczał wśród tekstu, lecz dla jasności i przejrzystości uporządkował je w osobnym rozdziale, który dołączył jako adneks do rozprawy właściwej.

Ponieważ typy urojeniowe, które służyły Kraepelinowi jako wzory paranoi, są rzadkie, a rozpoznanie i ocena tej postaci chorobowej ma znaczenie zasadnicze i wartość praktyczną, przeto autor — aby uzyskać dostatecznie przekonywujący materjał ilustracyjny, postanowił zebrać jak najwięcej przykładów i w tym celu skolekcjonował z licznych szpitali psychjatrycznych i klinik odpowiednie historje choroby. Nie poprzestał on na badaniu typów kraepelinowskich, lecz uwzględnił także inne postacie paranoiczne. Okoliczność ta jest ważną dla studjów porównawczych. Zdobywając bogaty zbiór akt dotyczących zachorzeń paranoicznych, autor uchwycił równocześnie i zużytkował dla swoich celów także przypadki, które już dawniej były opublikowane i które odegrały w piśmiennictwie poważną rolę. Korzystając z każdej sposobności i możności przeprowadzenia dochodzeń katamnestycznych, śledził on pilnie dalsze koleje chorych i uzupełnił, a częściowo rozszerzył

w różnych kierunkach historję choroby niejednego badanego przez dołączenie do niej historji rodzinnej.

W miarę postępowania pracy, autor zagłębiał się coraz bardziej w zagadnienie, opracował skrupulatnie każdy szczegół, wskutek czego dociekania psychopatologiczne i badania kliniczne zyskały na gruntowności, ułożył systematycznie fakty charakterystyczne w jedną całość i nakreślił linję przewodnią dla ugrupowań klinicznych,

We wyniku swoich dociekań, autor doszedł do wniosku, że paranoia jest w gruncie rzeczy psychozą endogenną, a więc chorobą polegającą na (pierwotnych albo wtórnych) zaburzeniach mózgowych, przedstawiającą pod względem kliniczno-djagnostycznym jedną z postaci schizofrenijnych i postawił ją na równi z przypadkami, które Kraepelin i jego szkoła uznała jako typy paranoi endogennej. Dla tej postaci autor proponuje nazwę parafrenja, albowiem termin ten dobitnie uwypukla — jak mniema — schizofrenijny charakter psychozy; nazwę paranoia zaś pragnie zarezerwować dla typów psychopatycznych paranoicznych (np. typ paranoi pieniaczej), nie należących do schizofrenji.

Al. PIOTROWSKI — Dziekanka.

Morgenthaler et Forel: Le traitement des malades nerveux et mentaux (Pielęgnowanie chorych nerwowych i psychotycznych). Wyd. Hans Hubert w Bernie Szw., 1930, str. 262, ilustr., br. 9,50 frs. szw., opr. 12,80 frs. szw. [1]).

Książka Morgenthalera i Forela, napisana dla psychjatrycznego personału pielęgniarskiego, przedstawia syntezę tego wszystkiego, co stanowi treść funkcji pielęgniarza. Przeznaczona ona jest jako podręcznik dla kandydatów przygotowujących się do egzaminu z pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Znajdujemy w niej krótkie wiadomości o anatomji i fizjologji człowieka, opisy chorób psychicznych, historję psychjatrji, przepisy dotyczące służby pielęgniarskiej.

Czytelnik dowiaduje się, jak należy obchodzić się z chorym nerwowym i psychotycznym, na czem polega pielęgnacja, poznaje znaczenie psychoterapji i środki, jakiemi dysponuje psychjatrja przy udzielaniu pomocy choremu.

Podręcznik Morgenthalera i Forela może oddać ogromne usługi lekarzowi wykładającemu psychjatrję na kursach pielęgniarstwa

---

[1]) Książka nadesłana do recenzji w Nowinach Psychjatrycznych.

psychjatrycznego, albowiem zawiera prosty, jasny, obszerny i praktycznie pomyślany program nauki, dla personału zaś stanowi cenne vademecum, które w potrzebie wskaże, jak należy postępować.

Bogata treść książki podzielona jest na pięć części. W pierwszej części autorzy przedstawiają człowieka zdrowego, w szczególności system nerwowy, funkcje psychiczne i psychologję stosowaną. Druga część zawiera rozprawy o chorym, o przyczynach i rozwoju chorób nerwowych i psychicznych. W trzeciej części czytelnik zapoznaje się z zasadami pielęgnowania chorych, dowiaduje się o urządzeniach szpitala psychjatrycznego, o służbie pielęgniarskiej we dnie i w nocy, o obserwacji chorych i o ich dozorowaniu, o postępowaniu i zachowaniu się personału wobec pacjentów z osobliwymi przejawami psychotycznymi. W czwartej części mowa jest o hygjenie i profilaktyce psychicznej, oraz o opiece pozazakładowej, o opiece w rodzinie, o opiece nad alkoholikami i nad dziećmi nienormalnemi, o kurateli, wreszcie w piątej części zestawione są niektóre ważniejsze daty z historji psychjatrji.

W „dodatku" autorzy traktują o karjerze pielęgniarza psychjatrycznego, podają plan studji i przepisy dotyczące egzaminów fachowych oraz warunki, w jakich się egzaminy odbywają.

Książka omawiana jest nieco zmienionem opracowaniem francuskiem — dokonanem przez Forela — podręcznika niemieckiego, napisanego przez Morgenthalera dla personału pielęgniarskiego psychjatrycznego, i ma służyć jako przewodnik dla pielęgniarzy, którzy chcą zrozumieć chorego i jego potrzeby, aby mogli skutecznie i pożytecznie współpracować z lekarzem i łatwiej przystosować się do wymogów organizacji szpitalnej.

Liczne ilustracje ułatwiają czytelnikowi orjentację w przedmiocie.

Dzieło to jest pisane językiem prostym, jasnym, temat przedstawiony zrozumiale, tak, że książkę mogą z pożytkiem czytać także osoby, nie znające fachu.

Al. PIOTROWSKI — Dziekanka.

Zygmunt Messing: Zarys Anatomji i Fizjologji ośrodkowego układu nerwowego. 105 rycin w tekscie i 16 tablic. Wydawnictwo Koła Medyków S. U. W. Warszawa 1930.

Podręcznik Dra Messinga przedstawia uzupełnienie podręczników prof. Dzierżyńskiego i Binga, znanego we wzorowem

tłomaczeniu Telatyckiego, które to oba wydawnictwa stosunki anatomiczne układu nerwowego zbyt zwięźle uwzględniają. Podręcznik poprzedziły notatki Dra Messinga „Krótki zarys anatomji i fizjologji układu nerwowego," litografowane w roku 1922/23 dla słuchaczy neurologji i psychjatrji U. W.

Niektóre ujemne strony podręcznika, jak naprzykład umieszczanie rysunków zamiast mikrofotografij, tłomaczyć należy tem, że Klinika Neurologiczna U. W. powstawała jakoby z niczego, walcząc częstokroć z nieprzezwyciężonemi trudnościami organizacyjnej i technicznej natury.

Podręcznik jest według słów prof. Orzechowskiego jakoby hołdem pośmiertnym dla prof. Obersteinera, pioniera anatomji neurologicznej U. Wiedeńskiego, którego uczniami są obaj neurolodzy warszawscy, obok prof. Marburga, współpracownika i następcy Obersteinera na katedrze neurologji.

Zarys składa się z 10 rozdziałów. R. I. zawiera słowo wstępne o znaczeniu anatomji i fizjologji układu nerwowego dla nauki o chorobach nerwowych oraz wiadomości podstawowe o częściach składowych i o rozwoju systemu nerwowego ośrodkowego. R. II. — rdzeń kręgowy — R. III. rdzeń przedłużony, R. IV. most Varola, R. V. śródmóżdże, R. VI. międzymóżdże, R. VII. móżdżek, R. VIII. półkóle mózgowe, R. IX. drogi przewodzące mózgu, tory rzutowe, odruchowe i kojarzeniowe, R. X. opony i unaczynienie układu nerwowego.

R. II—VIII zawierają opisy makroskopowe i mikroskopowe oraz dane fizjologiczne.

W tekscie zawartych jest 105 rycin przedstawiających, oprócz licznych starannie wykonanych szematów (według Villigiera, Marburga, Edingera, Obersteinera, Kölikera, Binga, Economo i innych), ryciny preparatów barwionych sposobem Weigerta-Pala, Csokora, Niesla, Bielschowskiego.

Załączone tablice zawierają na 27 rycinach starannie wykonane przekroje mózgu i rdzenia.

Książka Dra Z. Messinga przedstawia znamienny i chlubny dorobek neurologji polskiej świadczący o niestrudzonej pracy naukowej autora.

Dr. med. BIBROWICZ — Dziekanka.

D. Zgliński: „W labiryntach mądrości ludzkiej" (Skład główny w Warszawie: Instytut Wydawniczy „Bibljoteka Polska" i w Księgarni „Bez Dogmatu" przy ul. Królewskiej 16. - Cena 3.— zł).

Aczkolwiek nie wiele napotyka się tak zwięzłych prac jak omawiana, to jednak Szan. Autor uważał dla się za wskazane cały swój przebogaty w treść i w nader cenny materjał dowodowy traktat odnieść do rodzaju „impresyj filozoficznych". Wychodził snać z całkiem słusznego i nawskroś zrozumiałego założenia, że stosowanie ścisłego szablonowego systemu, czy to bądź poglądu filozoficznego na życie, uniemożliwia wszelką rzetelną, szczerą samodzielną twórczość... gdyż już samo pożądanie systemu służy niezbitym dowodem braku rzetelności. Nie dla tego pojęcie nie zawiera różnic, że jest ogólnem, ale dlatego staje się ogólnem, że różnic nie uwzględnia. Słusznie przeto dowodzi Blake, że „abstrakcyjne myśli należą do oszustów"... Z tego wynika, że aż dotychczas — mimo swój rozpęd techniczny w zawodzeniu abstrakcyjnem bujająca wiedza nie chce się zrealizować: stać poczuciem. — Pomiędzy naszym rozumem, a obojetnością naszych uczuć niewymierność jest uderzająca — mimo to sami ostatniemi powodujemy się stale bez wahania we wszystkich naszych czynnościach. Wszelka filozofja, która niweczy zasadniczość stosunków ludzi z przedmiotem ich uczuć, lub pozbawia te uczucia słuszności, nie wiele pozostawia umysłowi do roboty. I właśnie gwoli przeciwstawienia się współczesnemu zautomatyzowanemu marnotrawstwu umysłowemu powstała niniejsza praca, stanowiąca w znacznej mierze podwalinę pod kardynalne „Podstawy Psychologji" prof. R. Radziwiłłowicza i poniekąd przygotowawczy komentarz do „Genezy Energji Psychicznej" b. Dyrektora Instyt. Pasteura w Paryżu Prof. Jana Danysza, stanowiącej po pracach H. Spencera i „Etudes sur la nature humaine" prof. Miecznikowa, obok prof. Fr. Nietschego, najkapitalniejszy dorobek wysiłku intelektualnego. Jeden z przedniejszych naszych umysłów słusznie notuje, że kto sam się uczył, ten wie, że tylko pewna ilość nauki jest potrzebna dla każdego umysłu, żeby mógł działać sprawnie i pożytecznie i że „tylko nauka **żywa,** zdobyta przez umysł, który jej pragnie i wchłania jak roślina wodę, jest nauką produkcyjną i tylko taka nie leży w mózgu, jak trociny w worku". I temu wymaganiu bez zarzutu odpowiada wzorową polszczyzną oryginalna pod każdym względem praca D. Zglińskiego, wrzynająca się całem pasmem barwnych promieni ożywczych

w przeżywany stęchły okres martwoty lub przynajmniej letargu duchowego. Zaś oryginalność — podług C. Norwida— „jest tylko sumiennością dodatnią w obliczu źródeł!“ ,,Ale na co się przyda być genjuszem, jeżeli nie na to, aby przy jednakowej oczywistości naukowej co inni ludzie posiadają, módz osięgnąć więcej prawdy niż inni?!“ — zapytuje dobitnie sławny ameryk. uczony prof. William James — wyjaśniający dalej: „Człowiek konkretny ma jeden tylko interes prawdę (to be right).... Prawidła gry naukowej, ciężar dowodu, domysły, kompletne indukcje i tp. obowiązują tylko tego, kto staje do gry....... W całkowitej grze życia ryzykujemy całą osobę naszą w każdej chwili... Lepiej mieć przed sobą wroga, niż wieczne — Nic —!“ Trzeba przyjąć z E. Duclaux, że teorja nie koniecznie musi być ścisła, ani wyjaśnić wszystkich podpadających zjawisk, których dotyczy, aby być płodną, przyznając wraz z Poincaré, że dla wyjaśnienia jakiegokolwiek zjawiska można wogóle stawiać nieskończone ilości teoryj... Nie o tę więc stronę „rozumowania“ jałowego chodzić powinno. Potrzebuje się zawsze myśli ogólniejszych, aby „nowe pokolenie pracowników skierować na drogi inne, żeby ich natchnąć zapałem bezinteresownym i upartym, potrzebnym do wytrwania w spełnianiu zadania wybranego, dla tworzenia nowych ognisk czynów i organizowania pracy w danym kierunku“... I temu zadaniu doskonale sprostał w swej cennej pracy D. Zgliński, przeorywując podściół psychofizjologiczny odłogiem zaniedbania leżącej i kompromitująco zabagnionej gleby pasożytnictwa „naukowego“. Z giestem rycerskim, z niezwykłym zapałem i ufnością w słuszność amerykańskiej zasady, że „logiczny spokój filozofa w gruncie rzeczy niczem się nie różni od spokojności chłopa“, postępując ewolucyjnym trybem H. Spencerowskim, zaszczerbia pewnik, że zmysły nasze w skutek gradacyj procesu subtelnienia — w stopniu aż nieprzystępnym dla powszechnych zmysłów — stoją na pograniczu naszych władz psychicznych. Dowodzi niebezpodstawnie, że „właściwie wszystkie zmysły są zmysłem jednym, są zmysłem dotyku, rozszczepionego w pięciu kierunkach...

Zmysł widzenia, słyszenia i powonienia polega na procesie pośredniego dotykania. Wzrokiem dotykamy się za pomocą przestrzeni... Czyli jak widzimy, zmysł dotyku jest wszechzmysłem całego naszego ustroju... osią naszego ustroju i jego psychofizycznego życia jest dotyk“..., zaś najpodatniejszym tworem, najczulszym do przyjmowania życia w ustroju wszechświata, jest

mózg — łożysko najchwytliwsze zewnętrznych wpływów szlakami żywotnych eterycznych drgań". Drobiazgowo wnika, jak wszechświat zewnętrzny mocą najsubtelniejszych swych pierwiastków sugerował bezustannie mózg nasz, i szczegółowo zatrzymuje się nad gatunkowością podłoża i tą okolicznością, że „każdemu wyobrażeniu naszej duszy odpowiada pewien stan kosmiczny z nim skojarzony"... Mózg? — Co? —: Oto — podług D. Zglińskiego „wielkie pojęcie łaknień... Całe życie „etyczne" mózgu jest komplikacją łaknień..." I na tej podstawie buduje tęgą swą teorję harmonijnych zbieżności we wszech-przyrodzie, rozwijającą Fr. Nietsche'ańską zasadę twórczości, opierającą się na siłach przyrodniczych postulatów.

Śmiem przypuszczać, że szczególnie w perspektywie ostatnio opracowywanego przez W. Szan. prof. Jana Mazurkiewicza „Zarysu fizjologicznej teorji uczuć" praca niepowszednia D. Zglińskiego będzie mogła zyskać na szerszem, chlubnem i nader pożądanem wzięciu.

Dr. W. HALICKI — Świecie n/W.

Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz: „Choroby Umysłowe a małżeństwo". (Stenogram odczytu w Polskiem Tow. Eugen. Warsz., do nabycia w większej ilości w Księgarni Bibljoteki Polskiej w Warszawie, Nowy Świat 23. Cena egz. 45 gr).

To tylko asceta z cnoty zwykł urabiać utrapienie, w swej zachłannej łapczywości rozwijający faryzeuszowską torturnię nadziei; nam to nie przystoi: My z radością przystępujemy do poradni przedślubnych — z tem doświadczalnem przeświadczeniem, że chociaż z namiętności rodzą się zdania, to jednak bierność umysłowa pozwala im zakrzepnąć w spaczone i wykoślawione przekonania. Ludzie nie myślą zwykle o rzeczach najbliższych, które ich otaczają — tylko je przyjmują od innych, nie dostrzegając, że natury nędzne są wiekszością... A w ich to rachubie dzielić się sakramentalnem „stygma nadziei tylko dlatego, że w istocie swej jest ona najgorszem złem, ponieważ mękę ludzi przedłuża". Jak ładnie wypowiedział się Pascal: Ludzie są do takiego stopnia obłąkani, iż byłby pewnego rodzaju warjatem ten, ktoby wcale nim nie był. Należy zapomnieć o kartezyuszowskiej tezie: Cogito ergo sum — potem, jak się znalazło wielekroć trafniejsze i odpowiedniejsze okolicznościom życiowym orzeczenie Lagrange: „Nie ja myślę — tylko myśli moje myślą za mnie"—

„Śmiem mniemać, że fakt ten objaśnia nam naocznie, dlaczego w czasach minionych... zdarzają się tak często objawy szału epidemicznego i dlaczego ważne wypadki historyczne mogą być wywoływane obłędem jednego lub kilku ludzi“... pozwalając sobie odwołać się do słów Cez. Lombroso, które w dalszym toku przybierają nast. brzmienie: „wreszcie obłąkanie należy do chorób najczęściej odziedziczonych — i przytem wzmaga się w każdem następnem pokoleniu tak, że krótkotrwały obłęd dziada przechodzi w zupełne pomieszanie zmysłów u wnuka... Czyż zresztą nie widzimy sami na każdym kroku pół-kretynów, pół-rachityków, a także, niestety, pół-uczonych?! Niektórzy autorowie dziwacznych dzieł medycznych.... są nawet dyrektorami szpitali.... Analogja, jaka istnieje... między małłoidami i ludźmi zdrowymi, z którymi wspólną jest im zręczność i takt praktyczny, powinna być przestrogą dla uczących się — przeciw pewnym teorjom, rozpłodzonym zwłaszcza w naukach abstrakcyjnych, lub nieokreślonych jeszcze: niepewnych, jak naprzykład medycyna, teologja, filozofja“. Od chwili, jak urzeczywistniona niezależność polityczna kraju przygniotła ciężarem swej (nie tyle laurowej co ponurej) rzeczywistości całe nasze życie społeczne, a w związku z tem widmo Malthusa przedstawiać się zaczęło omal że nie lucyperyczną zmorą, krzątające się żywotnie Polskie Tow. Eugen. w Warsz. nad uzdrowotnieniem zwyrodniałej rasy, pod dzielną batutą Szan. Kolegi Dra Leona Wernica -- wbrew wszelkim przesądom i przeszkodom prawnie — obyczajowym — zainicjować raczyło zaszczytnie kampanję obronną i przeciwko tej instytucji, której na imię małżeństwo. Jak na to będzie radzić p. Dr. M. Kruze—Grz.— Dąbrowska ze swoją „Psychologją Prostytutki“ — tego nie wiem. Natomiast wiem, że „ze wzrostu pobłażania dla małżeństw „z miłosci“ poderwano wprost podstawy małżeństwa, to, co dopiero czyni zeń instytucję. Nie buduje się przenigdy instytucyj na idjosynkrazji, nie opiera się, jak powiedziano, małżeństwa na miłości, — podstawę jego tworzy popęd płciowy, chęć posiadania (żony i dzieci jako własność), pragnienie władzy, które wciąż organizuje ten najdrobniejszy wytwór władzy: rodzinę“.. Jest rzeczą powszechnie znaną, że w każdej miłości (gdyby to nawet była platońska!) mężczyzna kocha jedynie siebie, gdy natomiast, jak z całą pewnością ogłasza prof. Fr. Nietzsche: „Kobieta kochająca składa w ofierze całą swą cześć!“ Jemu przypada w udziale życie — Jej ofiara życia. Nie daremnie R. de

Gourmont twierdzi, że „jesteśmy pasorzytami i karmimy sobą pasorzyty". Cały welon miłosny jest spowity w najbardziej szalbiercze oszukaństwo, praktykowane gwoli li tylko łatwiejszego zdobycia samicy... z posagiem (w nawiasie dodamy, że tego rodzaju „miłość" gorąca po polsku oficjalnie się nazywa: — wżenianiem się w interes -). Nie przeczy to twierdzeniu, że miłość i głód — to dwa bieguny całego bytu i że faktycznie miłość prawdziwa dodaje rozumu, rozjaśnia duszę, uczucia, że namiętności nadaje ten swobodny, szeroki, potężny wzlot myśli, potęguje siły i bystrość i wytwarza „ten cudowny ruch przypomnień, zwany natchnieniem", że wreszcie namiętność jest tem, czem napięcie— w pojęciu fizyko-mechanicznem — w maszynie, — to jednak, jak zapewnia hr. L. Tołstoj: w miłości między mężczyzną a kobietą zawsze bywa taka „jedna chwila", kiedy miłość ta dosięga swojego szczytu, kiedy niema w niej nic świadomego.... ta „jedna chwila zasłania sobą wszystkie inne..."

I w tem to zawiera się jej największe niebezpieczeństwo — jej nieprzezwyciężony, upajający urok i czar, piekący jak szał. I zakochani nie stają się wobec siebie odpowiedzialni. I tu się czai ten tragiczny objaw najwyższej biologicznej nieprawości, jako swego rodzaju równoległobok przeciwniczych sił, powodujący dysharmonję wrodzonych skłonności.

Idea celowości jest tylko ludzkiem złudzeniem. W życiu spotykamy się nadewszystko z wielorakością skłonności, z których też wyrastają przeróżne t. zw. „moralności". I tak, jak wykłada nasz potentat umysłowy **Prof. Tad. Zieliński**: „ Z tej zaś czysto kobiecej psychologji wyrasta ów czysto kobiecy obowiązek moralny, zwany przez nas wiernością, — dodajmy dla jasności: **wiernością negatywną...**"

Istocie męskiej Afrodyta przeznaczyła, aby, zapłodniwszy jedną istotę kobiecą, nie była pozbawiona skłonności do zapłodnienia innej, i td. Innemi słowy: Afrodyta nie przeznaczyła dla istoty męskiej ani miłości wyłącznej, ani wierności negatywnej!!...

Nie wdając się w streszczenie ściślejsze publikacji cennego odczytu, zasługującego na masowe rozpowszechnienie, musimy podnieść doniosłość niebylejaką wystąpienia na forum publicznem W. Szan. Profesora — zwłaszcza nawiązując treść do poruszanego tak żywotnie problematu przez Dra Boy-Żeleńskiego, omówionego drobiazgowiej w poprzednim zesz. „Nowin Psychjatr.".

(Przy tej sposobności pragnęlibyśmy wyrazić usprawiedliwione życzenie przyspieszenia od dawna wyczekiwanego III-go wydania przez prof. J. Mazurkiewicza owego słynnego studjum o Andrz. Towiańskim, wobec wyznania w „Ludziach Żywych“ Boya, że ciekaw byłby „psychoanalizy“ Towiańskiego. A zatem, jak się ktoś wypowiedział: celem zapobiegania temu ujemnemu wpływowi, jaki ma na wierność w stosunkach erotycznych pierwszeństwo miłości wśród innych wartości, należy miłość zdetronizować i na jej miejscu postawić inne wartości..., w myśl orzeczenia koryfeusza wszechświatowej literatury T. Dostojewskiego: „Każda miłość przemija, a zły dobór pozostaje na zawsze“.

Dr. W. HALICKI — Świecie n/W

“Nowa Muzyka“ — Monografja zbiorowa pod Redakcją Mateusza Golińskiego. Nakł. warsz. miesięcznika „Muzyka“. (Cena egz. 2 zł. Red. w Warsz., ul. Kapucyńska, Nr. 13).

— „Myśli, które jeszcze nie nadleciały na widnokrąg, szumią zdala skrzydłami niby arfy eolskie... i w tem to wieszczba jest muzyki“... „W Polsce od grobu Fryderyka Chopina rozwinie się sztuka, jako powoju wieniec, przez pojęcia nieco sumienniejsze o formie życia — to jest: o kierunku pięknego i o treści życia — to jest o kierunku dobra i prawdy. Wtedy artyzm się złoży w całość narodowej sztuki“... zapowiadał głęboki nasz myśliciel C. Norwid. Nie daremnie też wielki Napoleon Bonaparte w swym młodzieńczym okresie nawołuje do zgłębiania twórczości muzycznej i zbogacenia z Włoch Konserwatorjum Paryskiego, z pola swych żywiołowych działań w purpurowej aureoli kurzawy dziejowej pisząc: „z wszystkich sztuk muzyka ma największy wpływ na namiętności — przeto prawodawca powinien ją jaknajbardziej pielęgnować. Głęboko odczuta symfonja mistrzowskiego pióra porusza niechybnie duszę i ma wpływ daleko większy, niż książka moralna, która przekonywa rozum, nie wpływając na nawyknienia“ (i dodam: wrodzone właściwości i upodobania). Wogóle wszelki morał jest zawsze niezawodnym dowodem braku lub zaniku żywotności. Najtrafniej sam F. Chopin w swym junackim okresie rolę swą pojmował właśnie, jako „Dobosza“ żywotności! Sławny Seneka, filozof i moralizator rzymski wyhodował nie mniej od siebie sławnego Nerona — „To od niego splamienie sztuki się datuje. Od dziecięcia każde stąpienie jego było podstępem... i było sztuką podobania się dla ado-

pcji, a naturalnym nigdy nie poczuł się... Śmierć matki, pożar Rzymu, morderstwa niewinnych ludzi bledną nieco przy obrazie wnętrza tej figury, która nie była nigdy sobą... On wziął stygmat **„przemysłu sztuki“**, a nikt od niego gładziej nie umiał podchwytywać aplauzów tłumu i tłumów, zyskując przeto 1800 wieńców w Grecji“... To też „błądził Platon, który zamierzał wyganiać muzyków ze swej Rzeczypospolitej‘..., aby snać poniewczasie ściągnąć na się nast. oburzenie prof. Dra. Kamut Tangeya: „Miłość platoniczna — to potworność, to samozłudzenie, to fałszywa nazwa całkiem odmiennych, choć pokrewnych uczuć“... Do pewnego stopnia tę postać wypaczenia płciowego upodobnić można do nekrofilji: przejście niejako do tego ohydnego zboczenia stanowią przypadki zaspokajania popędu płciowego przez obcowanie z posągami, tak delikatnie poruszone poniekąd w „Quo Vadis“ H. Sienkiewicza, a tak dobitnie zwalczane przez całe swe życie i twórczość prof. Fr. Nietzschego, o pracy którego w tym kierunku słusznie powiedziano, iż: taka jedna chwila uczy więcej o Grecji, niż dziesiątki lat filologicznych studjów.. Analogicznych wypadków staliśmy się świadkami wypiastowania przez słynnego moralistę hr. L. Tołstoja całej Raspucinady z jej niezliczonemi odmianami i odnogami. Język nasz jest ustawicznym rzecznikiem błędu. „Ze względu na powstanie należy mowa do okresu najszczątkowszych form psychologicznych; popadamy w gruby fetyszyzm, uświadamiając sobie podstawowe założenia metafizyki językowej, inaczej rozumu“. „Rozum“ jest przyczyną, iż fałszujemy świadectwo zmysłów“— poucza Fr. Nietzsche. Wyzbywając się „narzędziowego“ poglądu na sprawę i wysuwając, jak się należy, podmiot jako przedmiot bezpośredniego badania psychologicznego, nie możemy nie uznać trafności orzeczenia Paul Valéry, iż samo „powietrze drży i dźwięczy przeczuciami muzyki“... Oczywiście, nie należy utożsamiać pojęciowo muzyki z popisowem kataryniarstwem estradowem. W taki sposób wykluczamy z zaczepu naszego myślowego zrutynowany nałóg antykwarjackich erudytów, nie zawsze wszak oznajomionych z istotą przedmiotu, rozkoszowania się tylko pustem słowem, oraz krytyków zawodowych i sprawozdawców, „ścielących sobie piedestał z trupów twórców krytykowanych bez litości“, jak zaznacza prof. M. Wawrzeniecki. „Kierunki“!? jest ich tyle — ile wielkich wogóle postaci twórczych. Gdy

natomiast twórczość u podstawy swej jest tylko jedna. Najbardziej tylko zawsze iść powinno, aby sam dźwięk słowa „powaga“ nie miał zwiastować nowego niewolnictwa — i bez tego wzrastającego z zastraszającą siłą wskutek rozwoju biurokratyzmu i połączonej z nim „przymusowej dobroczynności“... Zbyt zaś uroczysty tradycjonalizm, zręczne żonglowanie przepisowemi rupieciami — to aż nazbyt często tylko „smętna maska o pustych oczodołach, starannie ukrywająca nicość i niemoc twórczą“, jak słusznie nadmienia jeden z najsławniejszych współczesnych kompozytorów: nasz Karol Szymanowski. Zresztą nikt w szkolarstwie, a i na arenie życiowej, nie żąda cnoty, tylko maski cnoty. — „Gdzie człowiek, co z mej pieśni całą myśl wysłucha, obejmie okiem wszystkie promienie jej ducha? Język kłamie głosowi, a głos myślom kłamie“ wołał Ad. Mickiewicz. „Dźwięk nieczystej mowy ludzkiej obumiera, a dźwięk myśli płynie dalej“ — powtarzał stale Juljusz Słowacki. Twórczość nie od kierunków żadnych jest zależna — tylko od właściwości biologicznych danej organizacji twórczej. Jeżeli zaś pozwolimy sobie na podobnego rodzaju zapodania odpowiednich refleksyj, to jedynie z powodu tego, że ostatnio względnie często zaczynamy napotykać w prasie ogólnej nast. nagłówki artykułów, jak: „Muzyka a polityka“, „Muzyka i Medycyna“ i tp.... Doniosłość poruszonego zagadnienia nie daje się zaprzeczyć. I ze stanowiska lekarskiego niezaprzeczalnie najtrafniej dałoby się określić, iż: **Muzyka** stanowi najsubtelniejszy masaż wibracyjny najczulszych ośrodków mózgo-rdzeniowych. Neurolog Dr. L. Paneth przeprowadził ciekawe badania nad leczniczym wpływem muzyki, skąd się wnioskuje, że pieśń i wogóle muzyka jest rodzajem klapy bezpieczeństwa dla afektów. Muzyka bezwątpienia bliższa jest namiętnościom od każdej innej gałęzi sztuki. Tu każde wrażenie życiowe przetapia się na odpowiedni rytmiczny ekwiwalent, przez co muzyka staje się najbezpośredniejszą wykazicielką ruchu. To też osobiście uważam za całkiem słuszne zastrzeżenie R. Wagnera, że: wszystko, co drogą wzroku dostaje się do naszej świadomości — jest zewnętrznem, wewnętrznem zaś to, co drogą słuchu przyjmujemy na własność. Od zaczęcia zarodka tylko wibracyjny pierwiastek przedstawia ten młot rzeźbiarski, co wykuwa żywot cały. Nic też dziwnego, że ostatnio neurologowie zaczęli odnosić głębokie czucie drgań („Vibrationsgefühl“, „pallaesthesia“)

do najczulszych cech wrażeniowej powierzchni cielesnej. Wykazują właśnie, że szczególnie subtelną cechę uszkodzeń szlaków dośrodkowych stanowią **czucia drgania**, które mogą być upośledzone lub zniesione nawet w tych wypadkach, kiedy brak wszelkich innych objawów zajęcia korzonków tylnych, jak naprz. w przypadku zaniku mięsni pochodzenia nerwowego (R. Bing)... Tą drogą niezawodnie daje się tłumaczyć fenomenalne zjawisko postaci amer. pani Heleny Keller, dla której zmysł dotyku, jako pierworodny, wypełniał całokształt czynności zmysłowych — jedynie przez wypojedyńczony dotykowy kierunek wchłaniania wibracyjnych podrażnień i wpływów, odpowiednio wydoskonalonych, wysubtelnionych. Głuchota L. v. Beethovena, ślepota potężnych malarsko-rzeźbiarskich postaci renesansowych tego najlepszym przykładem.

Nowy a nader oryginalny pogląd na istotę zjawisk nerwowych wypowiedział młody biolog niemiecki Paul Weiss. Pogląd ten, jak to zazwyczaj bywa, był dla patentowanego ogółu dość niespodziewanym wynikiem eksperymentów, przedsięwziętych w innym celu, a dotyczących transplantacji kończyn salamandry. Jakież to niezwykłe podobieństwo z żabią nóżką Galvaniego... Z przedsięwziętych przez niego doświadczeń wyłania się pojęcie rezonansu nerwowego, tłómaczące proces nerwowy jako zjawisko okresowe, polegające na przewodnictwie pewnych drgań i stwierdzające coś analogicznego z tem, jak struna naciągnięta określonej długości dźwięczy, gdyż padną na nią fale dźwiękowe określonej częstotliwości. Struna posiada zdolność wyławiania określonego tonu z dźwięku złożonego. Toż samo wykazują mięśnie jego salamandry, reagując każdy na swój „ton“, na który z osobna jest nastrojony, niezależnie od impulsu odśrodkowego, wysyłającego — według ogólnego mniemania — podrażnienia we wszystkie strony danej okolicy jednakowo. Stąd wyłania się wniosek, że ośrodek nerwowy stopniowo przestaje być centralą telefoniczną, powoli przekształcając się w rodzaj radjowej stacji nadawczej. Jeżeli spodziewane są wynikające z tej teorji **rezonansu nerwowego** pewne względy dla praktyki chirurgicznej, to chyba w mało mniejszym stopniu zasługiwałaby omawiana zasada na uwagę psychopatologów w zastosowaniu produkcyj kompozytorskich dla celów leczniczych we właściwym sobie zakresie. Kojący wpływ muzyki nie ulega najmniejszej wątpliwości: to też naj-

zupełniej podzielam świeżo zapodane zdanie w warsz. „Gazecie Polskiej“, że „pławiąca się w kontemplacyjnych oparach spekulacyjnie — interpretatorskiej kazuistyki psycho-analiza poświęciła dotychczas o wiele więcej uwagi tworom słowa, niż tworom muzyki. A jednak właśnie z nich da się zapewne wyciągnąć bardziej decydujące wnioski. Bo muzyka mą daleko intymniejszy związek z podświadomością, niż sztuka słowa“... Muzyka jest grą, a nie igraszką. Nic bardziej od niej nie zdolne jest ożywić i zharmonizować stratowanych stanów psychiki. W każdym razie w danem zastosowaniu wydaje się muzyka o wiele odpowiedniejszą, aniżeli w posługiwaniu się nią „z pomyślnym skutkiem“ przy reumatyzmie, bólu w krzyżach, puchlinie wodnej, mdłości, epilepsji, tężcu, morze, gorączce, konwulsjach, a nawet głupocie (stupiditas)!... A więc nie o anatomo-fizjologiczny proces napawania się widokiem „muzycznym“ chodzić winno, lecz o wywoływanie wzruszeniowych odpowiedników w skołatanej i nabolałej duszy przez wyławianie z potoku dźwięków złaknionych dla się tonów. Jak słusznie nadmienia Dr. Edw. Hanslick: „Oddziaływanie muzyki na organizmy nie jest tak bardzo silne, ani pewne, ani nie zawisłe od pewnych (osobniczych) psychicznych i estetycznych danych, ażeby się nie mogło stać rzeczywistym środkiem leczniczym, a przytem nie daje się używać dowolnie... Ale w każdym razie zasługuje to na szczególniejszą uwagę, że jedynie zastosowanie muzyki, pojawiające się w medycynie (począwszy od Pitagorasa, który pierwszy miał przeprowadzić cudowne kuracje za pomocą muzyki...) w pierwszym rzędzie obliczone jest na oddziaływanie jej duchowe... wywierane grą dźwięków. Sposępniałe lub przedrażnione umysły przez pół rozrywają się niemi, przez pół przywiązują się do nich i to właśnie oddziaływa zbawiennie... Nowoczesna psychjatrja używa muzyki, jak wiadomo, w wielu wypadkach i z powodzeniem“... Niezaprzeczalnie jest to niezmiernie więcej racjonalne, niżeli chorego na tyfus posyłać na „Proroka“ Meyerbeera, albo przy raku żołądka z futerału wyjmować zamiast lancetów waltornię. I dlatego na zakończenie przytoczę nast. argument, przemawiający najmocniej za wpływem dodatnim na schorzałe usposobienie psych., słowy prof. R. Radziwiłłowicza: „Obok myślenia jaźń stanowi zasadniczy czynnik warunkujący wszelki postępek człowieka... Tylko pewna część potoku, myśli niektóre — dla tych czy innych powodów — nabierając dla nas takiego znaczenia, że stają się źródłem najży-

wszego interesu, nabierają tego charakteru ciepła i wewnętrzności, które cechują nasze doznawania jaźniowe, stają się składnikami naszej jaźni duchowej, tworzą ją. Dążą one do zlania się ze sobą w pewną mniej lub więcej jednolitą, wewnętrznie zwartą całość, stanowiącą duchowe jądro człowieka...“ —

Dr. W. HALICKI — Świecie n/W.

G. Vermeylen i P. Vervaeck: Formy psychotyczne u paralityków po malaryzacji i pojęcie demencji paralitycznej (Les formes psychotiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique) L'Encéphale, septembre — octobre 1930.

Przed wprowadzeniem do lecznictwa chorób parasyfilitycznych kuracji malarycznej, znany był jeden tylko typowy obraz paraliżu postępującego. Od czasów wprowadzenia pyretoterapji paraliż postępujący wyłonił nowe postacie psychotyczne, mogące naśladować wszystkie psychozy endogenne. Gerstmann był pierwszym, który w r. 1925 zwrócił uwagę na różne obrazy kliniczne paraliżu postępującego, występujące po leczeniu malarją, i opisał najczęstszą i najtypowszą formę, którą nazwał halucynacyjno-paranoidalną i katatoniczną (halluzinatorisch - paranoides und katatoniformes Zustandsbild); Leroy i Medakowitsch próbowali sklasyfikować różne przejawy psychotyczne w p. p. i wyszczególnili następujące postacie: psychozę halucynacyjną, imaginacyjną, psychozę z otępieniem i z pomieszaniem. W r. 1926 Vermeylen i Vervaeck przedstawili na zjeździe w Genewie przypadek analogiczny do typu gerstmannowskiego; w r. 1928 autorowie ci zareferowali na kongresie w Antwerpji o trzech przypadkach psychozy hypochondrycznej. Od czasu wprowadzenia szczepienia malarji autorowie wymienieni mieli możność obserwowania licznych nowych obrazów klinicznych.

Forma halucynacyjna występuje najczęściej. Charakteryzuje się ona licznemi różnorodnemi omamami, urojeniami prześladowczemi, oraz czasami nielicznemi urojeniami wielkościowemi. Halucynacje występują jako pierwsza oznaka rozpoczynającego się paraliżu postępującego, lub zjawiają się w czasie choroby po okresie poprawy stanu fizycznego i psychicznego. Autorowie opisują kilka typowych przypadków klinicznych, z obserwacji których wynika, iż najpierw chorzy wykazywali ideje hypochondryczne, urojenia prześladowcze i niechęć do otoczenia, następnie zjawiały

się halucynacje, które pacjenci początkowo jeszcze rozpoznawali jako chorobowe. Autorowie spostrzegali omamy słuchowe, dotykowe, węchowe, lecz nigdy wzrokowe. Często urojenia stały w związku z halucynacjami. Po pewnym czasie powyższe objawy ustępowały objawom charakterystycznym dla paraliżu postępującego. W całym szeregu przypadków halucynacje przybierały charakter chroniczny, występując przez kilka lat bez uszczerbku inteligencji chorego.

Forma pieniacza i interpretacyjna występuje najrzadziej. Chorzy przypisują swe dolegliwości prawdziwe lub urojone "szkodliwej dla nich" kuracji malarycznej, mają niezliczoną ilość pretensyj do rodziny, lekarzy i otoczenia, często wykazują urojenia np.: wydziedziczenia ich, krzywd moralnych im wyrządzonych itp. Często dołączają się urojenia hypochondryczne. Autorowie wyrażają przypuszczenie, iż wskutek przebycia malarji chory odzyskał swą inteligencję w tej mierze, by mógł wyłonić urojenia kwerulacyjne, ugruntowane na afekcie nadal zamąconym.

Forma hypochondryczna według autorów występuje u osób z konstytucyjną predyspozycją do niej. Wskutek zjawiających się różnych parestezyj, powstają ideje hypochondryczne, które się łatwo mogą przeistoczyć w kwerulacyjne. Według Baillargera są to urojenia negatywistyczne, nie odnoszące się do świata zewnętrznego, lecz do własnej osoby, np.: chory uważa, iż nie posiada niektórych narządów, lub sam nie istnieje. Zdarza się jednak, iż urojenia takie rozciągają się na cały wszechświat. Wielu badaczy stawiło dla tej postaci szczególnie złą prognozę, czego jednak nie potwierdzili Claude i Targowla.

Forma manjakalno-depresyjna może przebiegać jak czysta psychoza manjakalno-depresyjna. Nyiro i Petrowicz wśród 162 paralityków, leczonych malarją, napotkali 7 przypadków z reakcją manjako-depresyjną. Często choroba przybiera obraz melancholji, a wtedy trudno jest rozpoznać otępienie paralityczne.

Forma katatoniczna charakteryzuje się objawami zespołu katatonicznego jak: osłupienie, maskowatość, mutyzm, negatywizm, zmanjerowanie, grymasowanie, stereotypje. Opisywano też obrazy kliniczne paranoidalno-halucynacyjne schizofrenji, w których urojenia nie były usystematyzowane, a wynikały z halucynacyj. Paraliż postępujący, leczony malarją, może więc przybrać obraz kliniczny każdej psychozy endogennej, różniąc się jednak od

czystych psychoz mniej stałemi i ostremi symptomami, oraz obecnością składnika dementywnego, lub pomieszania.

Skreśliła Dr. E. STEJKOWSKA-DEJTEROWA (Dziekanka).

Dr. Pierre Janet: Psychologie et graphologie (Psychologja i grafologja). (L'Hygiène Mentale, Septembre - Octobre 1930).

Psychologja wzięła swój początek wśród ludu, a dalej rozwinęli ją filozofowie, literaci i moraliści. W ostatnich latach, odkąd lekarze oparli studja psychologiczne na obserwacji chorób psychicznych, na badaniu psychiki dziecięcej i zwierząt, rozwój tej nauki czyni duże postępy. Psychiczną indywidualność osobową rozpoznaje psychologja nowoczesna na podstawie syntezy objawów zewnętrznych, wynikających z przystosowania się istoty żyjącej do swego otoczenia. Do psychologji tej zbliżona jest grafologja, gdyż i ta ostatnia bada na podstawie cech zewnętrznych charakter człowieka i procesy duchowe.

Psychologja w celu dokładnego badania posiłkuje się różnemi metodami naukowemi jak np. fotografowanie badanych, filmowanie ich chodu i najprostszych ruchów u dzieci, wykresami metodą Marey'a, różnych odruchów i t. d. Takim wykresem naturalnym, ujawniającym objektywnie stan duszy człowieka, jest jego pismo. Dlatego grafologja stała się jedną z metod badania psychologji nowoczesnej. Autor jest zdania, iż grafolodzy winni zmienić kierunek swej pracy i mniej przepowiadać, natomiast starać się ustalić ściśle choćby tylko małe fakty psychologiczne. Grafolodzy powinni oprócz pisma badać również fizjognomję, ruchy i zachowanie się badanych w okresach zdrowia i choroby. Gdy grafologja traktowana będzie naukowo, wtedy sprawdzą się słowa Legrain'a, który na pierwszym kongresie grafologów powiedział: grafologja zdobywa sobie miejsce między naukami eksperymentalnemi i biologicznemi.

Streściła Dr. STEJKOWSKA—DEJTEROWA (Dziekanka).

Dr. M. Legrain: Introduction à la graphologie (Wstęp do grafologji). L'Hygiène Mentale, 1930, Nr. 8.

Autor wyraża swe zdziwienie nad tem, iż grafologja dotychczas jeszcze nie przekroczyła dziedziny medycyny, a pozostawała w rękach laików. Dlatego też się często nawet z pewną pogardą zalicza naukę tę do „pomocniczych". W gruncie rzeczy polega to błędne mniemanie na niedostatecznem zaznajomieniu się leka-

rzy z tą nauką i dlatego grafologja będzie sobie musiała wywalczyć odpowiednie stanowisko, podobnie jak niegdyś hypnotyzm i psychoanaliza. Proces fizjologiczny pisania został przez uczonych dokładnie zbadany, lecz odczytywanie gestu graficznego pozostawiono dziwnym trafem laikom. Początki grafologji nie miały oparcia naukowego, a było to tylko przepowiadaniem publiczności żądnej sportu wróżbiarskiego. To opóźniło rozwój naukowy tej wiedzy i dziś należy zburzyć starą budowlę, zostawiając tylko cegły użyteczne. W rozwoju grafologji rozróżniamy 2 fazy historyczne: w okresie antycznym znajdujemy nazwiska tak sławnych ludzi jak Arystoteles i Sukton. Michon zebrał obserwacje swoje w dziele „System grafologji". Po Michonie rozpoczyna się drugi okres bardziej racjonalny, w którym grafolodzy zamiast tłumaczenia poszczególnych znaków graficznych starają się wyciągnąć wnioski ogólne z pisma badanego. Można okres ten nazwać „okresem syntezy". Postęp badań grafologicznych oddał społeczeństwu bardzo dużo korzyści praktycznych (sprawy małżeńskie, wychowawcze, wybór zawodu itd.). Teraz powinna nastąpić trzecia faza badań, opartych na ścisłych podstawach naukowych. Należy określać podstawowe cechy charakteru, oraz modyfikacje ich w różnych stanach emocjonalnych, należy badać zmianę pisania w stopniowej ewolucji umysłowej człowieka, w szczególności należy studjować pismo porównawcze w okresie zdrowia i choroby psychicznej.

Streściła Dr. STEJKOWSKA-DEJTEROWA (Dziekanka).

Dr. Camille Streletzki: Endocrino-graphologie (Grafologja endokrynna). L'Hygiène Mentale, 1930, Nr. 8.

Anatomja, klinika, doświadczenie, terapja pouczają, jak ważną rolę odgrywają gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem. Można się spodziewać, iż endokrynologja w przyszłości pozwoli poznać lepiej warunki biologiczne życia: afektywnego, normalnego i patologicznego. G. Dumas w swoim „Traité" podaje jako pewnik, że hormony wewnętrzne wywierają ważny wpływ na nasze życie, instynktywne i afektywne, na nastrój i charakter. W znaczeniu etymologicznem grafologja jest sztuką określenia charakteru człowieka na podstawie badania pisma, co może oddać dużo korzyści endokrynologji. Leopold Lévi był pierwszym, który wpadł na pomysł korzystania z grafologji w celu badania stanu gruczołów z zewnętrznem wydzielaniem i ustalenia w formie objektywnej

postępu choroby w związku ze stosowaniem opoterapji. W listopadzie 1926 r. autor wygłosił w Towarzystwie Lekarskiem w Paryżu pierwszy odczyt o tej nowej nauce, którą nazwał „endokrynografologją“. Referent wykazał u chorych dzieci, leczonych zapomocą opoterapji (wyciągi z tarczycy, nadnercza, przytarczyczek), zmiany pisma przy równoległych zmianach neuropsychicznych. Autor usiłował rozwiązać różne problemy dotyczące funkcji każdego gruczołu o wydzielaniu dokrewnem i stwierdził kilka cech pisma, charakterystycznych dla niedomogi lub nadczynności pewnych gruczołów. Autor uważa, iż tarczyca zasługuje na miano gruczołu emocji i chytrości (pismo bardzo nierówne, szybkie, często ucinane i zaostrzone), nadnercze gruczołu natężenia i gorliwości (pismo zamknięte, zwięzłe, silne, często kanciaste).

W przeciwieństwie do powyższego przy niedomodze nadnercza pismo jest lekkie, miękkie, często małe, wyraźne i czasami zstępujące. Niedomoga tarczycy charakteryzuje się pismem powolnem, niezdecydowanem i zaokrąglonem. Niektóre znaki graficzne są wspólne zachorzeniom różnych gruczołów, np. pismo „tordue“ — „skręcone“ (zwłaszcza przy trzonach liter b, l, t) stwierdza się tak w hypofunkcji jajnikowej w okresie dojrzewania płciowego jak w menopauzie.

Ten sposób pisania polega na niedomodze czynnościowej przytarczyczek. Wykręcanie soczewek liter wskazuje na spazmo mięśniowe, które przez leczenie wyciągiem przytarczyczek mogą ulec złagodzeniu lub zniknąć. Należy bardzo ostrożnie wnioskować o wynikach opoterapji; znamy bowiem jedynie sposób działania wydzielin pojedyńczych, nie znając ich natury chemicznej oraz ich współdziałania z innemi hormonami. Autor uważa, iż grafologja prócz korzyści, jakie oddaje psychoterapji i lecznictwu psychoanalitycznemu, może oddać olbrzymie usługi endokrynologji, pozwalając śledzić przebieg opoterapji, oraz rozpoznać chorobę gruczołów wydzielania wewnętrznego nawet bez obecności chorego.

Streściła Dr. STEJKOWSKA-DEJTEROWA (Dziekanka).

Dr. Dupouy et Ballarin: Trois nouveaux cas do parégorisme (Trzy nowe przypadki paregoryzmu). Annales Méd.-Psychologiques, 1930, nr. 1.

Autorowie opisują trzy nowe przypadki toksykomanji paregorycznej, na którą M. Frénel i M. Heuyer pierwsi zwrócili uwagę.

Eliksyrem paregorycznym nazywa się mieszanina esencji alkoholowo-morfinowej, anyżu i kamfory. 60,0 gr. tego eliksyru odpowiada 0,003 morfiny. We Francji sprzedaje się środek ten w dowolnej ilości, co przedstawia poważne niebezpieczeństwo, zważywszy, iż pacjenci dochodzą do 465,0 gr. paregoryku dziennie. Heuyer opisuje obraz kliniczny wymienionej toksykomanji jako: euforję opjumową, połączoną ze stanem pomieszania alkoholowego, oraz halucynacjami wzrokowemi, typu toksycznego, o treści przykrej, polegającemi na działaniu anyżu — podobnie do działania absyntu. Autorowie niniejszej pracy nie spostrzegli u swych pacjentów powyższych objawów. W pierwszym przypadku obserwacji, chory, zwykle przygnębiony, po zażyciu eliksyru nabierał nagle odwagi, odczuwał ożywienie stanu intelektualnego i wyobraźni. Wszelkie dolegliwości cielesne ustawały. Po dłuższem zażywaniu paregoryku pacjent skarżył się na osłabienie pamięci i wzroku. W drugim przypadku chory prócz skarg powyższych miewał jeszcze „ataki nerwowe". W trzecim przypadku po dłuższem zażywaniu wymienionego środka pacjent odczuwał pogorszenie się wzroku, pamięci, apetytu, popędu płciowego, oraz skarżył się na bezsenność. Paregoryzm nie przedstawia tak poważnego niebezpieczeństwa socjalnego jak morfinizm, lub kokainizm, zasługuje jednak na uwagę ze względu na coraz liczniej występujące przypadki paregoryzmu. Autorowie są zdania, iż apteki nigdy nie powinny sprzedawać klientom więcej niż 60,0 gr. eliksyru.

Streściła Dr. STEJKOWSKA - DEJTEROWA (Dziekanka).

M. Paul Courbon: Starcza nieudolność umysłowa i działania anonimowe jako obrona otoczenia (Incontinence mentale sénile et réactions mystificatrices de défense de l'entourage)-(Annales Médico — Psychologiques, Juin 1930).

Autor opisuje ciekawy zespół objawów, poprzedzających otępienie starcze, i nazywa go „starczą nieudolnością umysłową" (incontinence mentale sénile). Nieudolność ta cechuje się bezpośredniem wprowadzeniem w czyn myśli lub uczuć swoich bez zastanowienia się nad niemi. Autor przytacza odpowiedni przykład. Kobieta 72-letnia wskutek podniecenia i urojeń prześladowczych została przez policję umieszczona w zakładzie. Dawniej bardzo zamożna, przyzwyczajona była do życia lekkomyślnego; w 60-ym r. życia, po śmierci męża, na jej barkach spoczęło gospodarstwo domu i opieka nad psychicznie chorą córką. Zwra-

cała się teraz do znajomych o różnego rodzaju rady, ironizując je nawet wtedy, gdy je wykonywała. Służba domowa opuszczała ją, nie mogąc znieść skąpstwa i ciągłych niesłusznych wymyślań. Ze stróżem domowym staruszka też żyła na stopie wojennej, narzekając, że umyślnie źle spełnia jej zlecenia, iż gazety jej dostarcza dopiero, gdy sam je przeczytał itd. Krewnych swych odwiedzała niezależnie od pory dnia, kiedy miała ku temu chęć. Podczas takiej wizyty nie krępowała się w zachowaniu, rozmawiała lub zasypiała. Miewała nieporozumienia z urzędnikami poczt i telefonów, z policją i lekarzami, zapytując się np. kilka razy dziennie o zdrowie psychicznie chorej córki. Stan taki trwał kilka lat, bez żadnych objawów urojeniowych. Niektóre tylko osoby miały cierpliwość i wyrozumienie dla chorej, większość nie mogła z nią współżyć, a niektóre osoby mszcząc się za jej postępowanie, starały się jej dokuczać potajemnie. Przysyłano chorej różne listy anonimowe z groźbami i obelgami, wymyślano jej telefonicznie itd. Czasami przysyłano jej towary, których ona nie zamawiała. Wszystko to chora tłumaczyła sobie jako czyny swych nieprzyjaciół, którzy chcieli przedstawić ją w oczach ludzi jako chorą psychicznie. Z czasem pamięć pacjentki uległa osłabieniu i jej zachowanie się nabrało cech paranoicznych. Autor z obserwacji wyciąga trzy wnioski:

1) Klinicznemi cechami, poprzedzającemi na kilka lat otępienie starcze, są: natychmiastowe wprowadzanie w czyn zamiarów swoich, niezdolność opanowania swych uczuć i wzruszeń, bezkrytyczne zadośćuczynienie chęciom swoim.

2) Z punktu widzenia społecznego starcza nieudolność umysłowa bez zamącenia sądu i pamięci dokucza więcej otoczeniu niż osobnikowi, dotkniętemu nią, zwłaszcza, jeżeli starzec nie posiada krewnych, ani przyjaciół. Nieszczęśliwego społeczeństwo powinno wziąć pod swą opiekę.

3) Z punktu widzenia chorobliwej interpsychologji Duprégo, t. zn. wzajemnego oddziaływania psychicznego ludzi zdrowych i psychopatów, anonimowe prześladowania rozwijają się jako czynniki obrony ludzi zdrowych, którzy groźbami swemi chcą onieśmielić chorą, lub spowodować jej umieszczenie w zakładzie zamkniętym.

Streściła: Dr. E. STEJKOWSKA - DEJTEROWA (Dziekanka).

Levy Bruhl: Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures (Funkcje psychiczne u ludów pierwotnych). — 5 éd. Paris, F. Alcan 1922. 8° str. 460.

Wstęp: W swem dziele autor stawia sobie **zadanie** określenia najogólniejszych zasad kierujących myśleniem ludów pierwotnych, zwłaszcza ich wyobrażeniami zbiorowemi, i wykazania zasad w urządzeniach i obrzędach tych ludów (2). **Wyobrażeniami zbiorowemi** (représentations collectives) można nazywać wyobrażenia, które są wspólne członkom pewnej grupy społecznej i, przenosząc się z pokolenia na pokolenie, narzucają się poszczególnym jednostkom, wywołując u nich przytem odpowiednie uczucia (1).

Rozpatrywując wyobrażenia zbiorowe, nie można do nich stosować praw psychologji indywidualnej człowieka współczesnego. Prawa, któremi się one kierują, są zupełnie odmienne, i muszą być dopiero określone przez badanie samych wyobrażeń ludów pierwotnych. Te badania mogą rzucić światło na genezę naszych zasad logicznych (2)

I.

Dz. I. Wyobrażenia zbiorowe w postrzeżeniach ludów pierwotnych i ich charakter mistyczny.

Już sam **termin „wyobrażenie“**, będąc stosowany do psychiki ludów pierwotnych, ma zupełnie inne znaczenie, niż zwykle mu nadajemy. W psychologji indywidualnej oznacza on zwykły proces intelektualny. Natomiast u ludów pierwotnych integralną, a bodaj najważniejszą część wyobrażeń stanowią pierwiastki uczuciowe i motoryczne (28). Człowiek pierwotny nie tylko wierzy w rzeczywistość swych wyobrażeń, lecz jednocześnie pragnie lub obawia się ich działania (30).

Dlatego też ten sposób myślenia nazywamy **mistycznym**; to słowo bowiem oznacza wiarę w pewne siły, wpływy i działania niedostrzegalne, lecz tem niemniej realne (30).

Wpływ tych wyobrażeń rozciąga się na najprostsze procesy psychiczne, jakiemi są **spotrzeżenia.** Ani jeden przedmiot, ani jedno zjawisko, nie jest dla ludów pierwotnych tem, czem jest dla nas (30); cała rzeczywistość, w której się obraca człowiek, staje się mistyczną i stale wywiera na niego swój tajemniczy wpływ.

Naprz. dla ludów, należących do jakiejś grupy totemistycznej, każde zwierzę, każda roślina, nawet słońce, księżyc i gwiazdy, należą do jakiejś klasy i przez to mają wpływ na członków tej klasy. Także u ludów, u których niema ustroju totemistycznego, wyobrażenie niektórych zwierząt ma charakter mistyczny. Tak naprz. u Hnicholów (szczep indyjski) ptaki, których lot jest potężny, jak orzeł i sokół, widzą i słyszą wszystko: one posiadają siły mistyczne, zawarte w piórach ogonowych. Te pióra, noszone przez szamana, czynią go zdolnym do widzenia i słyszenia wszystkiego, co dzieje się, jak pod ziemią, tak i na jej powierzchni; pozatem, nabywa on zdolności do uzdrowienia chorych, przemienienia umarłych itd. (31).

Podobne cechy mistyczne przypisuje się roślinom, częściom ciała ludzkiego, wydzielinom ludzkim, narzędziom, wyrobionym ręką ludzką i nawet stronom świata.

Tem, że spostrzeżenia ludów pierw. mają charakter tak wybitnie mistyczny, **tłumaczy się cały szereg faktów**: ludy te nie odróżniają często człowieka od jego obrazu, jego imienia, jego cienia (40, 45, 50), gdyż wyobrażenia mistyczne związane z obydwoma są te same. Z tego samego wynika dalej ten fakt, że przypisują oni wybitne znaczenie realne snom (51), jak również różnym objawieniom jednostek jasnowidzących jak szamanów i innych.

Doświadczenie w żaden sposób nie może ich przekonać o rzeczywistości tych wyobrażeń, gdyż cała ich uwaga nie jest zwrócona na cechy objektywne przedmiotów otoczenia, tylko na cechy mistyczne swych spostrzeżeń, a doświadczenie obraca się tylko w zakresie tego, co jest realnem, widzialnem, i widzialnem w rzeczywistości fizycznej, co właśnie dla nich jest drugorzędnem (61).

Należy tu wyraźnie zaznaczyć, że **w sprawach, gdzie bezpośredni praktyczny interes wchodzi w rachubę,** ludzie pierwotni są zdolni, jak i my, zwracać uwagę na cechy objektywne, na cechy przedmiotów (40). Jako **przykład** może służyć zręczność australczyka w znalezieniu miejsca, gdzie zbierać rosę opadłą w nocy. Lecz, gdzie tylko wchodzą w grę wyobrażenia zbiorowe, a ma to miejsce u nich prawie zawsze i wszędzie, całe myślenie obraca się tylko w sferze mistycznej (40).

Cz. II. **Prawo partycypacji.**

Jeżeli same wyobrażenia zbiorowe ludów pierwotnych różnią się od naszych przez swój charakter wybitnie mistyczny, możemy przypuszczać, **że łączą się one ze sobą w ich umyśle w inny sposób,** niż w naszym. Wprawdzie trudno byłoby twierdzić, że to łączenie pojęć podlega zupełnie odmiennej logice, niż nasza, jednak na pierwszy rzut oka spostrzegamy, że sposób myślenia tych ludów nie jest zupełnie ten sam co nasz (68).

Obserwując dokładnie ten sposób myślenia, wykrywamy w nim **jedną zasadę ogólną**, mianowicie że między istotami i przedmiotami połączonemi w tem samem wyobrażeniu zbiorowem istnieje partycypacja (76). Dlatego też tę zasadę nazywamy prawem partycypacji.

Istotą parcypacji jest to, że wszelka różnica dwóch istot przy niej znika i że wbrew zasadzie kontradykcji, dana osoba lub przedmiot jest zarazem sobą i istotą, w której bierze udział (dont il participe) — (452). Myślenie więc pierwotne ignoruje prawo kontradykcji, kierujące naszem myśleniem.

Z tego powodu można nazwać to myślenie **prelogicznem,** co oznacza właściwie to samo, co mistyczne, tylko z punktu widzenia nie treści wyobrażeń, lecz ich rozwoju (79).

Tem prawem **dają się wytłumaczyć** wyobrażenia ludów pierw., zupełnie niezrozumiałe dla naszego myślenia. **Przykładem** może służyć wierzenie indjan kalifornijskich, dotyczące ptaka myszołowa. Raz na rok mają oni święto pod tą samą nazwą. Najgłówniejszy obrządek polega na zabiciu myszołowa, nie przelewając przy tem ani jednej kropli krwi. Wierzą oni, że każdy raz, jak ten ptak zostaje zabity, on powraca do życia, pozatem wierzą, że wszystkie ptaki, zabite podczas tego samego święta w całym szeregu wiosek oddalonych jedne od drugich, są jednym i tem samym ptakiem (101).

Takie **istnienie grup społecznych**, ich stosunek do jednostek, z których się składają, najczęściej są wyobrażone jako partycypacja, albo lepiej jako kompleks partycypacji, dzięki którym każdy członek grupy totemistycznej może wywierać wpływ na zwierzę lub roślinę, która jest jego totemem. Odwrotnie indjanin Hnichol, który się zdobi piórami orła, nie robi tego dla ozdobienia się. On myśli zapomocą tych piór przenosić na siebie część przenikliwości, mądrości i siły tego ptaka.

I to wyobrażenie jest oparte na partycypacji między orłem a człowiekiem, noszącym jego pióra (105).

Więc wszędzie w przyrodzie widzi człowiek pierwotny wpływy wzajemne pomiędzy przedmiotami i niedostrzegalne przechodzenie cech, działań i sił (105).

Cz. III. **Funkcje psychiczne umysłowości prelogicznej.**

Przedewszystkiem należy tu zrobić następującą **ogólną uwagę, że nie trzeba myśleć**, iż niektóre czynności psychiczne ludów pierwotnych odbywają się wyłącznie pod wpływem prawa partycypacji, inne znów pod wpływem wyłącznie prawa kontradykcji, że np. każde wyobrażenie indywidualne powstało na podstawie myślenia logicznego, a każde wyobrażenie zbiorowe z myślenia prelogicznego. Bynajmniej. Wpływ prawa partycypacji daje się odczuć we wszystkich funkcjach psychicznych ludów pierwotnych, i na odwrót wpływ prawa kontradykcji daje się wyczuć także w wyobrażeniach zbiorowych (111 — 112).

Najznamienniejszą cechą myślenia pierwotnego jest, **że ono nie analizuje** swych wyobrażeń, aby je układać w porządku logicznym, jak to ma miejsce w naszem myśleniu. Tam bowiem każde wyobrażenie jest zgóry połączone z pewnemi istniejącemi zbiorowemi wyobrażeniami (114 — 115).

Pamięć u ludzi pierwotnych odgrywa ważniejszą rolę, niż u nas. Podczas gdy cały dobytek naszego myślenia przenosi się z pokolenia na pokolenie niejako zgęszczony w hierarchji pojęć abstrakcyjnych, u ludów pierw. dzieje się to za pomocą olbrzymiej ilości wyobrażeń konkretnych b. zawiłych (116). Dlatego tam, gdzie my rozumujemy logicznie, u człowieka pierw. zjawiają się jedynie pewne wspomnienia najczęściej mistyczne, które określają bieg jego myśli. Dlatego pamięć u nich zastępuje niejako proces rozumowania (117).

Przy tem pamięć ta przechowuje nie tak, jak nasza, fakty, które są w danem przeżyciu objektywnie najważniejszemi, **lecz wszystkie najdrobniejsze szczegóły,** o ile mają zabarwienie mistyczne (116 — 117).

Nic więc dziwnego, że ludzie pierwotni są obdarzeni wprost **fenomenalną pamięcią.** Naprzykład tubylcy Queenslandu znają na pamięć pieśni tak długie, że trzeba 5 nocy dla ich odśpiewania, i to w języku, którego zupełnie nie znają (118). Dalej do zilustrowania nadzwyczajnej pamięci ludów pierw. i jedno-

cześnie do uwydatnienia jej charakteru zmysłowo-obrazowego, posłuży przykład podany przez v. Steinen: „Antonio (indjanin południ. Ameryki) nabył po jednej podróży po rzece zupełnie jednostajnej, najdokładniejszą znajomość wszystkich szczegółów jej biegu. Poznał dokładnie każdy jej zakręt. Miał jakby mapę rzeki w głowie, albo lepiej mówiąc, zapamiętał sobie pewną liczbę faktów bez widocznego znaczenia, nap. „tu — drzewo, tam — wystrzał, nieco dalej — pszczoły" (120).

Umysłowość pierwotna **wytwarza pojęcia**. Dowodem tego są języki i instytucje, które przenoszą się z pokolenia na pokolenie. Lecz **abstrahowanie i uogólnianie** odbywa się nie podług logiki, lecz podług **prawa partycypacji** (124).

Naprz. australijczycy, zapytani, co oznaczają pewne rysunki, odpowiadali zawsze, że te rysunki nie mają znaczenia. Natomiast te same rysunki znajdując się na pewnym świętym przedmiocie, lub miejscu, mają znaczenie zupełnie określone (124). **Tłumaczy się to tem,** że myślenie pierwotne, przy tworzeniu abstrakcji, nie zwraca głównie uwagi na najwyższe cechy objektywne, naprz. podobieństwo rysunku do istoty, którą przedstawia, lecz na cechy mistyczne i partycypacje tego rysunku z tą istotą, które mają miejsce tylko wtedy, jeżeli rysunek znajduje się na przedmiocie świętym (126).

Jeszcze wybitniej widzimy wpływ prawa partycypacji tam, **gdzie ludy pierw. uogólniają**. **Naprz** dla indjan Hnicholów zboże, jeleń i święta roślina „kikuli" są w pewnym sensie jednem i tem samem. Tutaj w jedno pojęcie ogólne zebrane są przedmioty, które partycypują we własnościach mistycznych pierwszorzędnej wagi dla szczepu. Mianowicie „kikuli" jest rośliną świętą, którą specjalnie do tego przeznaczone osoby zrywają raz na rok z wielką uroczystością. Szczególnie urodzaj zboża jest w zupełności zależny od tej rośliny. Jeleń posiada te same cechy mistyczne. Raz na rok odbywa się polowanie na niego, i od liczby zabitych jeleni zależy dobrobyt szczepu (132).

W ten sposób tłómaczą się **także klasyfikacje ludów pierwotnych** dziwne dla naszego myślenia. Naprz. niektórzy indjanie zaliczają zwierzęta, rośliny, gwiazdy i strony świata do tych samych grup, co mieszkańców pewnego terenu. Jeżeli ci są podzieleni na pewną ilość totemów, to drzewa, rzeki gwiazdy i t. d. są podzielone tak samo (139).

II.

Cz. IV. **Myślenie ludów pierwotnych w związku z ich mową.**

Jeżeli przejdziemy do sposobów wyrażania się ludów pierwotnych, widzimy w pierwszej linji, że wyżej opisany **zmysłowo-obrazowy sposób myślenia** znajduje swe wierne odbicie w języku ludów pierwotnych. Najważniejszą cechą ich jest tendencja do wyrażania **konkretnego całego szeregu szczegółów,** które my opuszczamy jako nieważne (153).

Języki ludów pierwotnych nie posiadają właściwej **liczby mnogiej**, gdyż to pojęcie nie odpowiada ich wyobrażeniom zmysłowo-obrazowym. Muszą oni wyrazić, czy było dwa, trzy, cztery, lub więcej przedmiotów, czy one były razem, czy osobno, gdyż każdy z tych wypadków odpowiada zupełnie innemu wyobrażeniu (153). Do tego istnieje w tych językach liczba podwójna, potrójna, a nieraz poczwórna. Właściwej liczby mnogiej najczęściej brak (155).

Czasowniki odznaczają się nadzwyczajnem **bogactwem form**. Naprz. w języku Aleutów Wierianow wyliczył 400 końcówek czasownika (160). Te różne formy służą przedewszystkiem do wyrażania najdokładniejszego **stosunku przestrzennego** czynności, czy przedmiot jest bliski, czy daleki, w położeniu stojącem, leżącem lub siedzącem, czy obecny lub nieobecny, czy przed czy za przedmiotem. Stosunki czasowe natomiast często mają znaczenie drugorzędne (162).

Ten sposób zmysłowo-obrazowy wyrażania się znajduje częściowo swe tłumaczenie w istnieniu prawie u wszystkich ludów pierwotnych **mowy na migi.** Tam, gdzie ten język zaginął, pozostały zawsze ślady jego (175). Naprz. indjanie różnych szczepów mogą przez długi czas rozmawiać ze sobą za pomocą gestów, chociaż nie znają nawzajem swego narzecza (178). W Australji wdowy w czasie żałoby, trwającej przeszło 12 miesięcy, porozumiewują się wyłącznie za pomocą gestów. Te gesty prawie zawsze wyrażają **nie kształt, tylko pewne czynności.**, Naprz. do wyrażania pojęcia wody wykonują ruchy, jakby czerpali wodę ręką i pili, — świnię, imitując jej ruchy kiedy ryje ziemię (181).

Te dwa sposoby wyrażania się: gestami i słowami, współistniejąc obok siebie, musiały wywierać **na siebie wzajemny wpływ**. Teraz jest zrozumiałem, dlaczego w mowie ludów

pierw. istnieje tyle wyrażeń dla określenia stosunków przestrzennych czynności t. j. pozycji, ruchów, odległości wzajemnych i t. d. Wyrażenia te są jakby przekładem na mowę określeń, szkicowanych poprzednio gestami.

Jeżeli przejrzymy teraz **zasób słów**, widzimy, że on także odpowiada myśleniu obrazowemu. Tam prawie zupełnie nie znajdziemy wyrazów dla pojęć abstrakcyjnych lub uogólnień, natomiast rzuca się w oczy **ogromne bogactwo oddzielnych wyrazów**, określających wszelkiego rodzaju odmiany danego przedmiotu. Każdy z tych przedmiotów odpowiada jakiemuś wyobrażeniu, jakby jakiemuś obrazowi, który widzi człowiek przed sobą; dlatego takie pojęcia autor nazywa pojęciami obrazowemi („images concepts"— 188). Naprz. niema u indjan rzeczowników takich, jak ojciec, matka i t. d., są nazwy dla pojęć mój ojciec, twój ojciec i t. d. (199). Tak samo australczycy nie mają wyrazów: zwierzę, drzewo, ptak, natomiast mają nazwy na każdy gatunek osobno (190). Indjanie mają specjalne nazwy:dla różnych postaci chmur, obrazu nieba; istnieje nawet specjalna nazwa dla słońca, które świeci między dwiema chmurami (194).

Nie należy jednak myśleć, że myślenie pierwotne przez wielką dokładność myślenia dąży do dokładnego poznawania rzeczywistości objektywnej. Ta cecha języka jest tylko **koniecznością do wyrażania „concepts images"**. Uwaga tego myślenia zwrócona jest tylko na cechy mistyczne.

Człowiek pierwotny przypisuje teraz **znaczenie mistyczne samym słowom**. Sam fakt wypowiedzenia słowa może zniszczyć lub ustalić partycypacje ważne i niebezpieczne (199). Dla tego podczas polowania indjanie nie wymawiają imienia zwierzęcia, gdyż to mogłoby zwierzęta ostrzec. Istnieją specjalne wyrazy, służące do uniknięcia wyrazów, dotkniętych tabu, naprz. wyrazów: jeść, spać, siedzieć, jeżeli mowa jest o królu (200). Podczas obrzędów religijnych często używa się specjalnego języka świętego, który przez nikogo nie jest zrozumiany, a znana jest tylko potęga mistyczna jego słów (201, 203).

Cz. V. **Myślenie pierwotne w związku z liczeniem.**

W większości języków ludów pierw. **niema nazwy dla liczb** powyżej 3 lub 4. Jednakże nie należy z tego wnioskować, że ci ludzie nie mogą pojąć ilości znaczniejszych.

Umysłowość pierwotna zachowuje w pamięci całą grupę przedmiotów ze wszystkiemi cechami, do których należy także ilość (205). Naprz. szczep Abiponów, nie mający nazw do liczb powyżej trzech, odrazu zauważy, kiedy podczas polowania zabrakło mu jednego z psów (206). Widzimy nawet, że ludzie pierwotni wykonują **najprostsze działania arytmetyzcne**, jak dodawanie i odejmowanie, w sposób konkretny, wyobrażając sobie ruchy, któremi dodają lub odejmują jednostki od pierwotnego zespołu (208).

Te ruchy wyobrażają sobie oni zapomocą poszczególnych części ciała w pewnym kolejnym porządku. Naprz. australijczycy liczą, dotykając najpierw palców lewej ręki, potem kolejno nadgarstki, łokcia, ramienia, forsa supracapularis, klatki piersiowej, i potem tych samych części w odwrotnym porządku po prawej stronie. Dla tego też często nazwy liczb podane przez podróżników nie są niczem innem, jak częściami ciała (210).

Widzimy więc, że umysłowość pierwotna **nie ma liczb oderwanych,** natomiast konkretne wyobrażenia pewnych zespołów przedmiotów. Dlatego też tam, **gdzie języki ludów pierwotnych posiadają nazwy dla liczb**, nie są one właściwemi liczbami, składającemi się z tylu a tylu jednostek, lecz są tem, co nazywają liczbami całości (ensembles nombres). Ztąd też to zjawisko, że ta sama liczba ma różne nazwy, zależnie od przedmiotów, do których się odnosi. Naprz. w języku Dene: „that" oznacza 3 rzeczy, „thane" 3 osoby, „that" 3 razy, „thatoen" 3 miejsca, „thanth" 3 sposoby i t. d. (223).

Liczby **nie są pojęciami oderwanemi** ani w użyciu praktycznem, gdzie, jak widzieliśmy, są one jeszcze mniej lub więcej związane z przedmiotami liczonymi, ani też w wyobrażeniach zbiorowych, gdzie liczba i jej nazwa **bierze udział we właściwościach mistycznych** zespołów wyobrażonych. To ostatnie tyczy się głównie liczb porządkowych do 13, których nazwy pozostały w najdawniejszych epokach. Te liczby dopiero bardzo późno stały się zwykłemi jednostkami arytmetycznemi, i nawet w społeczeństwach wyższych nie utraciły swego zabarwienia mistycznego, chyba tylko w głowach matematyków (236, 237). Jako przykład przytoczę znaczenie mistyczne liczby 4. Prawie u wszystkich szczepów indjan czerwonoskórych 4 i jego wielokrotności mają znaczenie święte, jako odnoszące się szczególnie do stron świata i wiatrów, które z nich wieją.

Znakiem i symbolem służy tu krzyż grecki o równych ramionach. Bogowie są wszyscy w liczbie czterech, i wszyscy układają się podług stron świata, i zabarwieni kolorem, właściwym każdej z tych stron (240, 241). Takich przykładów można byłoby przytoczyć bez liku.

III.

Instytucje, zawierające wyobrażenia zbiorowe, podlegające prawu partycypacji.

Cz. VI. Teraz należy wykazać, w jaki sposób **wyobrażenia zbiorowe wpływają na postępowanie** ludów pierwotnych.

Autor opisuje tutaj bardzo dokładnie prawie wszystkie strony życia człowieka pierw. jak polowanie, wojna, wychowanie dzieci i t. d. Z tego opisu wynika, że wszelkie zjawiska umysłowość pierwotna **wyobraża sobie podług prawa partycypacji** i wszędzie przedewszystkiem **widzi stronę mistyczną zjawisk przyrody.**

Dlatego przy polowaniu i rybołóstwie najważniejsze są czynności magiczne, celem których jest sprowadzenie zwierzęcia w ręce myśliwego, a z drugiej strony rozważenie zdolności myśliwego do upolowania zwierzęcia. Czynności te polegają na tańcach rytualnych, podczas których myśliwi, przebrani w skóry zwierząt, na które mają zamiar polować, naśladują ich ruchy. Myśliwy musi się poddać przed polowaniem ścisłemu postowi i całemu szeregowi innych przepisów. Wszystko to ma na celu sprowadzić pewne partycypacje między myśliwym, a zwierzęciem, bez których wynik polowania byłby zgóry skazany na niepowodzenie.

Podobny ceremonjał zostaje wykonanym przed i podczas **wypraw wojennych,** gdyż dla umysłowości pierwotnej niema istotnej różnicy między temi wyprawami, a polowaniem. I tam śmiałość, lepsze uzbrojenie, liczba walczących są czynnikami drugorzędnymi. Najważniejsze jest przestrzeganie przepisów magicznych.

Lecz istnieje cały szereg czynności magicznych, których cel dla nas jest dużo trudniejszym do zrozumienia, gdyż chodzi o zapewnienie **prawidłowości zjawisk przyrody.** Takiego rodzaju są obrzędy „intichinma", polegające na tem, że każda grupa totemistyczna może wpływać na swój totem; naprzykład grupa, której totemem jest kangur, może za pomocą obrzędów spowodować większe rozmnażanie się tych zwierząt; grupa, której totemem jest deszcz, może, wpływając dzięki swym par-

tycypacjom bezpośrednio na deszcz (nie na jakieś bóstwo), spowodować obfite opady.

Cz. VII. Także **choroba** jest pojęta przez ludy pierw. przedewszystkiem mistycznie. Jest to wpływ mistyczny, który „wszedł" do ciała chorego. Ten wpływ może pochodzić od ludzi, od bogów, demonów, lub skądinąd. Przyczyny naturalne, nawet tam, gdzie one są naoczne, nie są brane pod uwagę. Dlatego też rozpoznanie choroby polega na tem, żeby wykryć, jaki to jest wpływ tajemniczy i skąd pochodzi w danym wypadku. W tym celu szaman – lekarz musi przedewszystkiem wytworzyć parcytypacje między sobą i istotą, od której ten szkodliwy wpływ pochodzi; uzyskuje on to, wprawiając się w stan zamroczenia. Leczenie samo znów polega na magicznych czynnościach mających za cel przeciwdziałanie temu wpływowi mistycznemu, który spowodował chorobę.

W ten sam sposób zapatrują się na **przyczynę śmierci.** Niema u ludów pierw. śmierci naturalnej. Nawet jeżeli ktoś umarł w głębokiej starości, to przypisują to wpływowi magicznemu. Dlatego też po śmierci natychmiast wykonuje się cały szereg czynności, mających na celu wykryć, kto spowodował przez czary śmierć danego osobnika, aby uwolnić się od jego szkodliwego wpływu.

Tam, gdzie działanie sił mistycznych jest niejasne dla człowieka pierwotnego, stara się on je wykryć i to zapomocą **wróżb.** Są one jakby uzupełnieniem jego zmysłów, gdyż przy ich pomocy może dostrzec to, czego za pomocą zmysłów spostrzec nie potrafi. Rolę wróżb przedewszystkiem spełniają sny, pozatem rzucanie kości i t. p. czynności.

Podczas gdy wróżby służą do wykrywania związków mistycznych, **magja** służy do ich wyzyskania. Prawie wszystkie czynności, które wykonują ludzie czy to dla zapewnienia urodzaju, czy dla powodzenia w polowaniu lub w wojnie, są czynnościami magicznemi. Należy tu przytoczyć przedewszystkiem przykłady t. zw. „magie sympatique", polegające na przeniesieniu cech przez kontakt. Naprz. na Nowej Zelandji naczelnik szczepu, aby zostać wymownym, żywi się mięsem ptaków najładniej śpiewających.

Cz. VIII. Nareszcie **całe życie, urodziny, śmierć i życie pośmiertne** są pojmowane jako większa lub mniejsza **partycypacja ze swoją grupą społeczną.**

Kiedy **człowiek umiera**, zaczyna tracić te partycypacje, lecz nie odrazu. W pierwszych tygodniach po śmierci znajduje się on jeszcze między żyjącymi, chociaż jednocześnie jest już w świecie duchów. To wyobrażenie można zrozumieć tylko wtedy, gdy się przyjmie, że „jest“ oznacza tutaj „partycypację“. Z tego powodu w czasie, bezpośrednio następującym po śmierci, wykonuje się z wielką skrupulatnością cały szereg przepisów, mających na celu ułatwić zupełne przeniesienie się do świata duchów.

Kiedy ten okres minął, mian. **po 2. pogrzebie**, większa część partycypacji między umarłym a grupą społeczną przestała istnieć. I dlatego żyjący o niego przestają się troszczyć. Jednak w obawie nieszczęść, które umarły mógłby sprowadzić na swoją grupę dzięki jakimkolwiek jeszcze istniejącym partycypacjom, wszystkie jego rzeczy zostają zniszczone, gdyż są one ściśle połączone w myśl prawa partycypacji. Chociaż teraz umarły całkowicie przebywa w świecie duchów, żyjący są jednak w stałym z nim kontakcie. Jest to rzecz niemożliwa z punktu widzenia prawa kontradykcji.

Ten stan rzeczy trwa, póki dane indywiduum umarłe nie wcieli się w nowonarodzone dziecko, gdyż w ten sposób przedewszystkiem ludzie pierwotni wyobrażają sobie narodzenie się człowieka. I tutaj partycypacje z grupą społeczną nie wytwarzają się odrazu. Nowo narodzone dziecko uważa się jako istotę więcej martwą niż żywą, czem tłumaczą się często spotykane zabójstwa niemowląt u ludów pierwotnych. Nawet dziecko starsze nie uważa się za człowieka w całem znaczeniu tego słowa, gdyż jeszcze nie wszystkie partycypacje z grupą żyjącą się utworzyły.

Dorastający wchodzą w tę grupę. Do tego służy **obrzęd wtajemniczenia**, któremu podlegają chłopcy w okresie dojrzewania. Polega on na całym szeregu tortur, które doprowadzają tych chłopców do utraty przytomności. Wtedy uważa się ich za umarłych, poczem mają oni powstać do nowego życia jako ludzie w całem znaczeniu tego słowa.

IV.

Cz. IX. **Przejście do wyższych postaci myślenia.**

Jak wspomniano już we wstępie, poznawanie myślenia pierwotnego mogłoby **rzucić światło na genezę naszej umysłowości**, gdyż wyższe typy myślenia rozwinęły się z pierwotnych.

Przyjrzyjmy się teraz, **jak odbył się stopniowy rozwój** od myślenia mistycznego do myślenia logicznego.

W umysłowo najniżej w rozwoju stojącej grupie społecznej (naprz. u Aruntów Australji i u Bororo połudn. Ameryki) wyobrażenia nie są, jak wspomniano, procesami czysto intelektualnemi, gdyż najwyższemi są z nich elementy uczuciowe i motoryczne. Umysłowość ta nie tylko wyobraża sobie przedmiot, **lecz posiada go i jest przez niego posiadana,** jakby była z nim w jakiejś symbiozie (426).

Partycypacje zostają raczej odczuwane, niż wyobrażane. W tym okresie rozwojowym jednostka czuje swoją **łączność z grupą społeczną** i z otaczającą przyrodą. Tem tłumaczy się, że u tych ludów nie spotykamy prawie wcale mitów, ani wierzeń w bóstwa (426, 427).

Później, kiedy jednostka ludzka nabiera **świadomości swojej osobowości** i odróżnia siebie od grupy i otaczającej przyrody, to także uczucia partycypacji grupy socjalnej z istotami i przedmiotami otaczającej przyrody stają się mniej intensywnemi.

Wtedy **partycypacja dąży do tego, żeby być wyobrażoną**. Naprz. Bororowie nie powiedzieliby już, że są papugami, lecz, że ich przodkowie byli papugami, lub że zostaną niemi po śmierci (430)

Teraz rozwijają się w wielkiej liczbie obrządki **i wierzenia w istoty lub przedmioty święte,** które przyjęły jakby (les véhicules) te partycypacje. Również teraz dopiero, kiedy partycypacje z przodkami lub przedmiotami przyrody nie są tak wyraźnie odczuwane, powstaje kult przodków i bogów, innemi słowy **początki religji.**

Tak samo **mity**, będąc rzadkiemi u ludów na najniższym stopniu rozwoju, rozwijają się bogato w społeczeństwach już nieco wyżej w rozwoju stojących. W te mity zostały jakby wlane partycypacje, których wtedy umysłowość już nie mogła odczuwać. Są one tym „véhicule", przez który ludzie łączyli się bądź ze swoimi przodkami, bądź z danym gatunkiem zwierzęcym, lub zjawiskiem przyrody (436, 437).

W miarę tego, jak partycypacje koncentrują się niejako w tym „véhicule", jakim jest też naprz. król lub szaman, **zmienia się umysłowość pierwotna**: ci pośrednicy zostają wyodrębnieni, jako rzecz święta, podczas gdy reszta grupy socjalnej

jest połączona z przyrodą otaczającą tylko przez nich, **pozatem tego związku nie posiada** (441).

Z tego wypływa, że **klasyfikacje mistyczne** przedmiotów przyrody nie będącej już w tak bliskiej łączności z jednostkami, **zacierają się i** ustępują miejsca innym; rzeczy o szczególnie mistycznych cechach są odróżnione od zwykłych, które ze swej strony zostają **ugrupowane według cech objektywnych.** Przytem **postrzeżenia** tracą swój charakter mistyczny (442).

Teraz dopiero **wyobrażenia** pierwotne stają się tem, czem są wyobrażenia dla nas, t. j. nabierają cech wyłącznie intelektualnych i wyzwalają się od pierwiastka motorycznego i uczuciowego.

Tem samem tracą one na sile, wskutek czego **umysłowość**, patrząc się z mniejszem uprzedzeniem na świat otaczający, staje się **dostępna doświadczeniu** (443).

Jednocześnie w miarę tego, jak partycypacje nie są już odczuwane, lecz muszą być wyobrażonemi, trudności logiczne dają się coraz więcej odczuć; **prawo kontradykcji zaczyna wywierać swój wpływ** (446).

Dopiero powstanie pojęć abstrakcyjnych **czyni zupełnie niemożliwem dalsze istnienie związków mistycznych między przedmiotami.** Naprz. kiedy istotne cechy objektywne kamienia ustaliły się w pojęciu „kamień“ i stosunek tego pojęcia do innych przedmiotów został ustalony, stało się niezrozumiałem, żeby kamienie mówiły, poruszały się same, lub rodziły ludzi.

W ten sposób odbyło się zastąpienie myślenia mistycznego przez myślenie logiczne.

Lecz to zastąpienie nie jest zupełne. Resztki myślenia mistycznego pozostają u wszystkich obecnych grup społecznych, nawet u najwyżej w rozwoju stojących.

Po pierwsze, same pojęcia, będące osadami (précipités) wyobrażeń zbiorowych, prawie wszystkie zachowały od nich pewne cechy mistyczne, za wyjątkiem chyba ściśle naukowych (447, 448).

Po drugie, myślenie logiczne, operujące pojęciami, **nie ma tego samego zakresu** co mistyczne, którego wyobrażenia mają przedewszystkiem charakter **motoryczny i uczuciowy.** Jeżeli intelekt uniezależnia się od tych pierwiastków uczuciowych, nie może on jednakże ich zastąpić (450). Mianowicie te same pierwiastki uczuciowe umysłowości powodują, że wyobrażenia charak-

teru mistycznego utrzymały się dotychczas, gdyż poznawanie nawet najdokładniejsze **nie zadowalnia umysłowości** nigdy do tego stopnia, jak **zlewanie się z przedmiotem wyobrażenia** mające miejsce w wyobrażeniu mistycznem (452).

W ten sposób wytwarza się dwoistość naszego myślenia; pierwiastek mistyczny i prelogiczny współistnieją w nim z pierwiastkiem logicznym.

Co do drugiego dzieła Z Bruhla: „La mentalité primitive" (umysłowość pierwotna), to jest ono w znaczniejszej części, jak autor sam zaznacza we wstępie, zastosowaniem teoretycznych, wyłożonych w wyżej omówionem „Fonctions mentales", do różnych dziedzin życia pierwotnego człowieka. Opierając się na tych przesłankach, autor omawia zwyczaje i instytucje społeczne pierwotnych ludów, które częściowo omówił w III części „Fonctions mentales".

Streścił J MEDEM - Dziekanka.

Psychoanalytische Praxis, Vierteljahrsschrift für die aktive Methode der Psychoanalyse.[1] (Wyd. Dr. Wilhelm Stekel - Wien).

Obszerne piśmiennictwo niemieckie z dziedziny psychoterapji wzbogaciło sią w roku bieżącym o jeden nowy kwartalnik: „Psychoanalytische Praxis", redagowany przez Dr. Wilhelma Stekel'a. Czasopismo to poświęcone jest zagadnieniom praktycznym, nosi charakter ogólno - orjentacyjny, z pominięciem szczegółowych rozważań teoretycznych. Na treść I. zeszytu składają się 4 prace oryginalne, pozatem referaty o pouczających przypadkach z praktyki prywatnej, oraz w części III Varia — różne artykuły, zawierające dużo humoru i zarazem wiele pożytecznych wskazówek dla lekarza praktyka. Tematy prac oryginalnych są następujące:

W. Stekel: 1) Technika psychoanalizy. 2) Analiza w przypadku dyspareunji.

A. Missriegler: Sen barometrem sytuacji analitycznej.

E. Bien: Mała analiza w sanatorjum.

Czasopismo, ujęte szczególnie z punktu widzenia praktycznego, ma znaczenie ogólniejsze i wzbudzi zainteresowanie nietylko u fachowców; obfita treść w jasny sposób przedstawiona zapewni mu powodzenie i poczytność.

Dr. STEJKOWSKA - Dziekanka.

---

[1]) Nadesłane do recenzji w Nowinach Psychjatrycznych.

Z zakładów psychjatrycznych w Polsce.

Szpital Jana Bożego w Warszawie

1. IV. 1929 — 31. III. 1930.

Opracował Dyr. Dr. TEODOR ŁAPIŃSKI.

TABLICA I.

Ogólny ruch chorych.

	m.	k.	razem
Pozostało z 31. 3. 1929. .	264	193	457
przyjęto w r. 29/30 . .	526	405	931
ogółem leczono . .	790	598	1388
Wypisano	388	219	607
Przeniesiono do in. zakładów	102	124	226
Umarło	50	23	73
razem ubyło . . .	540	366	906
pozostało na 1. 4. 30 .	250	232	482

Ogólna liczba dni szpitalnych wynosiła: u mężczyzn 92.822 dni, u kobiet 72.095 dni, tak, że na jednego chorego przypadło: u mężczyzn 117, u kobiet 120 dni. Ruch chorych w Szpitalu wzmógł się jedynie dzięki dobroczynnej działalności Sekcji Opieki Pozazakładowej przy Warszawskiem Towarzystwie Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi. Działalność tej instytucji jest jednak zawsze jeszcze skrępowana brakiem funduszów.

Przepełnienie oddziałów w Szpitalu przechodzi granice dopuszczalne; zamiast 370 chorych (214 mężczyzn i 156 kobiet), przewidzianych w etacie, oddziały w ciągu roku sprawozdawczego mieściły przeciętnie miesięcznie 460 — 470 chorych. W warunkach takiego natłoku nie mogło być mowy o segregowaniu chorych itd. Na domiar złego brak często łóżek dla chorych; wogóle ca 20 proc. chorych sypia na podłodze, chociażby z braku miejsca na ustawienie łóżek. Podział ścisły na chorych uspołecznionych, nieczystych i podnieconych jest oczywiście nie do pomyślenia; środki krępujące, w tych warunkach, stoją na porządku dziennym.

Służba pielęgniarska wobec skomplikowania dozoru jest zdezorjentowana, przeciążona pracą, wyczerpana fizycznie i umysłowo, steroryzowana w tłumie chorych, których przypada na jedną pielęgniarkę we dnie (zamiast 12) 18 i w nocy (zamiast

17 — 30, zależnie od stanu psychicznego chorych) 30 — 55 pacjentek. Na oddziałach męskich stosunki przedstawiają się nieco lepiej. Że w roku sprawozdawczym postępowanie służby wobec chorych wybitnie się pogorszyło, należy przypisać w głównej mierze katastrofalnemu przepełnieniu Szpitala.

Wobec takich warunków o wypadki nie trudno, dziwić się tylko należy, że zdarzają się one stosunkowo rzadko.

Niepowetowane szkody wyrządzają Szpitalowi i dezorganizują służbę pielęgniarską odwiedzający, przynosząc chorym rozmaite przedmioty zakazane, jak np. wódkę, żyletki, brzytwy, scyzoryki itp.

Wzorem lat ubiegłych Szpital w roku sprawozdawczym zorganizował dla służby pielęgniarskiej 30-godzinny poglądowy kurs z dziedziny anatomji, fizjologji, higjeny, pomocy w nagłych przypadkach i z psychjatrji klinicznej. Przy wydawaniu świadectw, awansach itd. brano pod uwagę, jak dany osobnik uczęszczał na kursa, jakie osięgnął postępy, i jak postępował z chorymi.

Pomyślnie przedstawia się sprawa dni pracy opuszczonych przez służbę z powodu choroby: ogółem 82 osoby służby salowej opuściły w roku sprawozdawczym 474 dni, czyli niecałe 2 proc. wszystkich dni roboczych danego okresu.

Opieka nad psychicznie chorymi w Polsce przedstawia się coraz rozpaczliwiej. Szpital Jana Bożego w roku sprawozdawczym nie przyjął, przeważnie z braku miejsca, 178 mieszkańców Warszawy, a z prowincji 395 osób płci obojga.

Na karb przepełnienia Szpitala należy też złożyć fakt, że chorzy zanieczyszczający się stanowili przeszło 42 proc. wszystkich chorych leczonych w roku sprawozdawczym.

TABLICA II.

Podział chorych według rozpoznania (w dniu 31. 3. 30.)

Rozpoznanie	było chorych w dniu 31. 3 30.		
	m.	k.	razem
Ps. traumaticae	5	2	7
Ps. e laesione celebri organica . . .	13	5	18
Ps. ex intoxicatione acuta et chr. externa .	17	8	25
Ps. ex intoxicatione interna	—	3	3
Ps. ex inanitione	1	—	1
Ps. in infectionibus acutis	10	9	19
Do przeniesienia	46	27	73

Rozpoznanie	było chorych w dniu 31.3.30		
	m.	k.	razem
Z przeniesienia	46	27	73
Ps in infect. chron. acutis	73	15	88
Ps. in involut. regr.	77	103	180
Schizophrenia	29	44	73
Paranoia, paraphrenia	17	10	27
Ps. m. — depr.	1	—	1
Ps. epileptica	4	9	13
Psychop. constit.	2	4	6
Oligophrenia	—	16	16
Sine morbo	1	4	5
	250	232	482

TABLICA III.

wypisano:	m.	k.	razem
zdrowymi	12	14	26
z poprawą	238	173	411
bez zmiany	138	32	170

Beznadziejnie przedstawia się sprawa chorych z gruźlicą, ponieważ, z powodu przepełnienia Szpitala, nie można ich wyodrębnić.

Odsetka zgonów (w stosunku do ogólnej liczby leczonych) wynosiła w roku sprawozdawczym tylko 5%.

Stosowano leczenie zimnicą u chorych z cierpieniami parasyfilitycznemi, oraz u schizofreników, jednak bez szczególnych wyników. Dyrekcja Szpitala doszła do wniosku, wobec ciężkich powikłań, jakie nierzadko zimnica powoduje w organiźmie, że należałoby ją uważać jako ultimum refugium i stosować tylko wtedy, gdy przy innych mniej radykalnych metodach nie wystąpiła poprawa. Szczepienie zimnicą jest tem niebezpieczniejsze, że nigdy się nie wie, czy wraz z zimnicą nie zaszczepia się gruźlicy, przymiotu lub jakiego innego zakażenia.

Oprócz najróżnorodniejszych zastrzyków chorzy szpitalni otrzymywali najrozmaitsze preparaty swojskie i zagraniczne do użytku wewnętrznego. Zużyto zwłaszcza sporo środków nasennych i narkotyków.

Zabiegów chirurgicznych dokonano (za pomocą konsultanta chirurga) ogółem 47. Daje się jednak coraz bardziej odczuwać

dotkliwie brak najniezbędniejszych narzędzi, które trzeba dla braku funduszów pożyczać z innych oddziałów chirurgicznych.

Stosunkowo wielką ilość zachorzeń somatycznych, zwłaszcza róży, należy uzależnić od przepełnienia Szpitala.

W miarę możności, mimo szczupłej liczby personelu, stosowano terapję zajęciową. Chorzy pracowali na oddziałach, w warsztatach, w kuchni i w biurach. W grudniu 1929 urządzono wystawę prac chorych.

Dzieł beletrystycznych chorzy przeczytali ogólem 1228 tomów. Nieocenione usługi oddaje Szpitalowi radjo, z 6 rozgałęzieniami na poszczególne oddziały.

Bibljoteka lekarska zawiera 1482 numery (2787 tomów). Prenumeratę czasopism fachowych Szpital był jednak zmuszony w części zawiesić dla braku funduszów.

Personel lekarski liczył w dniu 31. 3. 30 (wraz z dyrektorem) 8 osób. Lekarze ogłosili w roku sprawozdawczym szereg prac naukowych, pozatem wygłaszali odczyty na posiedzeniach Polsk. Tow. Psychjatrycznego.

TABLICA IV.

A. Dochody Szpitala.

Dotacje z funduszów samorządowych		1.575.765.54 zł
opłaty za utrzymanie chorych		231.460.80 zł
	ogółem	1.807.226.34 zł

B. Wydatki Szpitala.

Pobory personelu, remuneracje		623.748.30 zł
żywienie chorych		361.168.23 zł
opał, światło, woda, konserwacja budynków itp. . . .		121.568.23 zł
bielizna, pościel, odzież, meble itp.		48.949.33 zł
utrzymanie chorych w in. zakł.		597.486.50 zł
różne		54.305.75 zł
	ogółem	1.807.226.34 zł

Streścił BR. MAKOWSKI-DZIEKANKA.

Krajowy Zakład Psychjatryczny „Dziekanka“

Sprawozdanie

za rok 1930/31 r.
(od 1. 4. 30. do 31. 3. 1931 roku).
Zestawił DYREKTOR DR. MED. DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI.

1. OGÓLNE.

Zakład mieści się we własnych gmachach, położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiada urządzenie dla 1.128 chorych (na jednego chorego 30 m^3).

Na początku roku sprawozdawczego (w dniu 1. kwietnia 1930) znajdowało się w Zakładzie 1.079 chorych, w końcu zaś roku (w dniu 31. marca 1931 r.) również 1.079 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie dziennie 51 chorych, i to 25 mężczyzn i 26 kobiet.

W roku sprawozdawczym leczyło się w Zakładzie dziennie przeciętnie 1.093 chorych.

Rewizje: Rewizji Zakładu, Kasy i ekonomji dokonał p. Starosta Krajowy (1 raz), p. wyższy radca krajowy Mielcarzewicz (3 razy), p. wyższy radca krajowy Cybulski (1 raz), Komisja Rewizyjna Sejmiku Wojewódzkiego z p. Starostą Krajowym (1 raz) i wyższy radca rachunkowości p. Arndt (4 razy).

Personalja: W dniu 1. kwietnia 1930 roku wstąpił do Zakładu tutejszego w charakterze lekarza asystenta p. Dr. Jan Roman Wołowiec, w dniu 3. kwietnia 1930 p. Dr. Antonina Zakrzewska, w dniu 1. lipca 1930 p. Dr. Eugenjusz Dejter, w dniu 1. lipca 1930 p. Dr. Elżbieta Stejkowska-Dejterowa, w dniu 5. grudnia 1930 jako praktykant lekarz p. Dr. Piotr Ślosarski, w dniu 10. stycznia 1931 jako praktykant lekarz p. Dr. Dyonizy Dakura, w dniu 19. lutego 1931 jako lekarz asystent p. Dr. Wielawski Józef, w dniu 19. lutego 1931 jako lekarz asystent p. Dr. Witold Winiarz, w dniu 15. marca 1931 jako praktykant lekarski p. Roman Sułkowski. Opuścili służbę: w dniu 31. października 1930 absolwent medycyny p. Medem Józef, w dniu 28. lutego 1931 pom. ordynator p. Dr. Wacław Bibrowicz, lekarz asystent p. Dr. Bolesław Rosenblum oraz praktykant lekarz p. Dr. Piotr Ślosarski; w dniu 21. 5. 30 zmarł lekarz asystent p. Dr. Roman Wołowiec.

Zmiana młodszego personelu pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu z dnia 31. marca 1930 roku 1,39% dla personelu męskiego (wojskowość) i 13,43% dla żeńskiego (zamążpójście). Z pomiędzy starszego personelu pielęgniarskiego jedna pielęgniarka przeszła w stan spoczynku.

Na czele Zakładu stał p. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Z końcem roku sprawozdawczego (w dniu 31. marca 1931 r.) pełnili w Dziekance służbę lekarską — obok Dyrektora – następujący lekarze: p. Dr. Wilczyński Franciszek, p. Dr. Świerczek Stanisław, p. Dr. Gorzkowski Wacław jako ordynatorzy, p. Dr. Zakrzewska Antonina, p. Dr. Dejter Eugenjusz, p. Dr. Stejkowska-Dejterowa Elżbieta, p. Dr. Wielawski Józef, p. Dr. Winiarz Witold jako lekarze asystenci i praktykanci p. Dr. Dakura Dyonizy i p. Sułkowski Roman.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych chorych i wogóle pacjentów i pacjentek z osobliwemi patologicznemi przejawami. Dwa razy tygodniowo odbywały się posiedzenia kliniczne lekarzy, na których przedstawiano pacjentów i rozpatrywano ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo-psychjatryczne i omawiano sprawy aktualne z dziedziny psychjatrji, socjologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem.

W roku sprawozdawczym z Dziekanki ogłoszono drukiem względnie referowano następujące prace:

I. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski, redaktor „Nowin Psychjatrycznych" i „Przewodnika Pielęgniarskiego", opublikował w „Nowinach Psychjatrycznych":

1) Leczenie zakładowe alkoholików — „Nowiny Psychjatryczne" 1930, I-II.
2) Rzadki przypadek orzecznictwa psychjatrycznego dotyczącego chorego cierpiącego na sclerosis multiplex — „Nowiny Psychjatryczne" 1930, III-IV.
3) Sprawozdanie z Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka za rok 1929/30 — „Nowiny Psychjatryczne" 1930, I-II; po-

zatem streszczenia i oceny, i wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych w Dziekance.

II. p. Dr. Świerczek Stanisław ogłosił drukiem:

1) Sprawozdanie z XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Wilnie — Nowiny Psychjatryczne 1930, I-II, oraz

2) Sprawozdanie z X. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi, Kochanówce i Warcie w dniach 7.—9. VI. 1930 — Now. Psychj. 1930, III-IV; pozatem przedstawił kilka przypadków na posiedzeniach klinicznych.

Inni lekarze Zakładu ogłaszali drukiem w „Przewodniku Pielęgniarskim" szereg artykułów oryginalnych, streszczeń i ocen.

Lekarze korzystali obficie z dość pokaźnej lekarskiej bibljoteki zakładowej oraz z licznych fachowych czasopism krajowych i zagranicznych abonowanych drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne, mianowicie:

1) Archiwum Historji i Filozofji Med. —
2) Biologja Lekarska —
3) Czasopismo Sądowo-Lekarskie —
4) Czyn Młodzieży —
5) Gruźlica —
6) Ginekologja Polska —
7) Fontes —
8) Kwartalnik Kliniczny —
9) Lekarz Wojskowy —
10) Medycyna —
11) Medycyna Doświadczalna i Społeczna —
12) Medycyna Praktyczna —
13) Medycyna Warszawska —
14) Nowiny Lekarskie —
15) Nowiny Społeczno-Lekarskie —
16) Nowiny Psychjatryczne —
17) Polska Gazeta Warszawska —
18) Przegląd Dentystyczny —
19) Przegląd Dermatologiczny —
20) Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy —
21) Przegląd Sportowo-Lekarski —
22) Przegląd Antropologiczny —
23) Rocznik Psychjatryczny —
24) Rocznik Towarzystwa Nauk. w Toruniu —
25) Terapja Nowa —
26) Świt —
27) Szkoła Specjalna —
28) Wszechświat (pismo przyrodnicze) —
29) Warszawskie Czasopismo Lekarskie —
30) Wiedza Lekarska —
31) Wiedza i Życie —
32) Wiadomości Terapeutyczne —
33) Wychowanie Fizyczne —
34) Wiadomości Kas Chorych —
35) Zagadnienia Metapsychiczne —
36) Zagadnienia Rasy —
37) Zdrowie
38) Zapiski Towarzystwa Naukowego w Toruniu —
39) Annales Médico-Psychologiques —
40) Gazette des Hôpitaux —
41) L'Higiène Mentale —
42) L'Encéphale —
43) Revue Neurologique —
44) Rassegna di Studii Psichiatrici —
45) Rivista di Patologia Nervosa e Mentale —
46) Rivista di Neurologia —
47) Mental Higiene —

48) Mental Higiene Biulletin —
49) Fortschritte der Medizin —
50) Irrenpflege —
51) Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie —
52) Obozrenje —
53) Omskij med. Journal —
54) Journal Médico-Biologique —
55) Terapeutische Berichte —

Personel administracyjny. Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek, inspektorem p. Cabański, sekretarzem p. Ożegalski, em. maj. art.

Duszpasterstwo sprawowali: ksiądz proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin Dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się: w kaplicy zakładowej — dla katolików co tydzień, dla ewangielików co dwa tygodnie, dla żydów (w sali wykładowej) co cztery tygodnie. Pacjenci katolicy przystępowali do sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku sprawozdawczym (w dniu 31. marca 1931 roku) urzędników i funkcjonarjuszy:

Etatowych						Klasyfikowanych						Kontraktowych						Pobocznych			razem
lekarzy	urzędn. admin.	pom. biur.	rzemieślnikow	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędn. admin	pom. biurow.	rzemieślników	służby	pielęgniarzy	lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślnikow	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organista	prakt. lekarzy	Ogółem
1	2	1	5	27	3	3	—	1	4	7	25	5	1	5	2	93	10	3	2	2	202

Stosunek ilościowy personelu pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się przeciętnie jak 1 : 8. Zakład zatrudniał (w dniu 31. marca 1931) personelu ogółem (lekarzy, urzędników administracyjnych, biurowych, pielęgniarzy i pielęgniarek, rzemieślników oraz służby gospodarczej + pob.) 202 na 1.079 pacjentów, to znaczy, że ogólny stosunek ilościowy personelu do chorych przedstawia się jak 1 : 5,34.

W roku sprawozdawczym przypadało w Dziekance na jednego lekarza przeciętnie 121 chorych, w roku 1929/30 154 chorych.

W celach terapeutycznych było stale zajętych przeciętnie 92 proc. chorych rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, w pawilonach, we warsztatach, w biurach i robótkami ręcznemi.

II. Statystyka.

TABLICA I.

	mężcz.	kobiet	razem
w dniu 31. 3. 1930 było . . .	558	521	1079
zybyło w czasie od 1. 4. 1930 do 31. 3. 1931 r. .	204	168	372
Leczono ogółem	762	689	1451

Ubyło w czasie od 1. 4. 1930 do 31. 3. 1931 r.:

	m.	k.	razem	mężcz.	kobiet	razem
a) przez wypisanie . . .	162	137	299			
b) przez śmierć . . .	34	35	69			
c) przez samowolne opuszcz. zakładu	2	2	4	198	174	372
Pozostało na 31. 3. 31				564	515	1079

Śmiertelność wynosiła w roku sprawozdawczym 4,75 %.

TABLICA II.

Stan chorych według wyznania.

	rz-kat.		gr-kat.		pr- sł.		prot.		żydzi		inne		ogółem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k	m.	k.	m.	k.	m	k	m.	k.
w dnin 31. 3. 1930 r. było	407	358	22	28	4	4	72	79	53	52	—	—	558	521
przybyło w czasie od 1, 4, 1930 do 31. 3. 1931 r.	161	125	—	—	–	1	10	12	33	28	–	2	204	168
Razem:	568	483	22	28	4	5	82	91	86	80	—	2	762	689
ubyło w r. sprawozdawczym	158	134	2	7	4	5	15	13	19	15	—	—	198	174
Pozost na 31. 3. 31	410	349	20	21	—	–	67	78	67	65	—	2	564	515

TABLICA III.

Wiek pacjentów nowoprzyjętych.

	Mężcz.	Kobiet
do lat 20	21	7
„ „ 30	65	49
„ „ 40	58	54
„ „ 50	30	38
„ „ 60	14	9
„ „ 70	8	4
„ „ 80	8	5
wiek nieznany	—	2
razem:	204	168

TABLICA IV.

Rozpoznanie choroby u pacjentów nowoprzyjętych.

Rozpoznanie	katolicy		protest.		prawosł.		żydzi		niewiad.		razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m	k.	m.	k.	m.	k.
Paralysis progr. . .	20	11	2	1	—	—	2	—	—	—	24	12
Taboparalysis . .	10	2	—	—	—	—	1	—	—	—	11	2
Lues cerebri . . .	2	3	—	—	—	—	1	—	—	—	3	3
Arteriosclerosis cerebr.	2	1	—	–	—	—	—	1	—	—	2	2
Dementia senilis .	8	7	—	—	—	—	1	—	—	—	9	7
Parkinsonismus . .	5	2	—	1	—	—	—	—	—	—	5	3
Encephalitis leth. .	5	2	1	—	—	1	—	—	—	—	6	3
Oligophrenia . . .	15	9	1	—	—	—	5	4	—	—	21	13
Epilepsia	11	4	—	2	—	—	—	1	—	—	11	7
Amentia	2	8	1	1	—	—	—	—	—	1	3	10
Psych. m.-depr. . .	15	14	—	1	—	—	—	5	—	—	15	20
Melancholia . . .	3	3	—	—	—	—	—	2	—	—	3	5
Psych. puerperalis .	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7
Psych. reactiva . .	6	23	1	—	—	—	2	—	—	—	9	23
Psychopathia . . .	8	6	1	—	—	—	2	1	—	1	11	8
Alcoholismus . . .	11	3	2	—	—	—	—	—	—	—	13	3
Morphinismus . .	7	—	—	1	—	—	—	—	—	—	7	1
Schizophrenia . .	25	12	1	1	—	—	17	14	—	—	43	27
Paraphrenia . . .	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
Paranoia	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—
Hysteria	2	7	—	3	—	—	—	—	—	—	2	10
Morbus Basedowi	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Sine morbo . . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Razem	161	125	10	12	—	1	33	28	—	2	204	168

TABLICA V.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach.

		m.	k.	razem
w kwietniu	1930	2	3	5
w maju	„	—	1	1
w czerwcu	„	3	3	6
w lipcu	„	4	2	6
w sierpniu	„	1	4	5
we wrześniu	„	2	2	4
w październiku	„	3	1	4
w listopadzie	„	2	3	5
w grudniu	„	4	2	6
w styczniu	1931	7	8	15 } grypa
w lutym	„	5	5	10 } grypa
w marcu	„	1	1	2
razem:		34	35	69

TABLICA VI.

Przyczyna zgonu.

Rozpoznanie	mężcz.	kobiet	razem
Paralysis progressiva	3	1	4
Taboparalysis	5	—	5
Status epilepticus	—	1	1
Adynamia cordis (influenza)	8	14	22
Myocarditis chronica	1	2	3
Marasmus senilis	5	1	6
Tbc. pulm. et intest.	7	9	16
Pneumonia	3	3	6
Pleuritis	1	—	1
Pyaemia	—	3	3*)
Erisipelas	1	—	1
Suicidium	—	1	1
Razem:	34	35	69

*) chore przybyły do Zakładu z psychozą infekcyjną.

TABLICA VII.

Stan rodzinny chorych przyjętych w roku sprawozdawczym.

	mężcz.	kob.
samotni	126	90
stanu małżeńskiego . . .	72	62
wdowcy i wdowy	5	13
w rozwodzie	—	1
stan niewiadomy	1	2
Razem:	204	168

TABLICA VIII.

Poraz który w zakładzie psychjatrycznym.

	mężcz.	kob.
poraz 1 szy	149	122
„ 2-gi	37	27
„ 3-ci	16	11
„ 4-ty	1	4
„ 5-ty	1	2
niewiadomo	—	2
Razem:	204	168

TABLICA IX.

Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu.

	mężcz.	kobiet
do 1 miesiąca	40	42
„ 2 miesięcy	7	14
„ 3 „	8	4
„ 4 „	4	5
„ 5 „	7	3
„ 6 „	7	5
„ 1 roku	17	10
„ 2 lat	17	13
„ 3 „	18	7
„ 5 „	23	11
„ 10 „	24	15
ponad 10 lat	14	21
od dzieciństwa	7	4
niewiadomo	11	14
Razem:	204	168

Dziedziczność stwierdzono w roku sprawozdawczym u 34,41 proc. nowoprzyjętych (128 na 372).

Przypadków sądowo-psychjatrycznych było 16 osób (12 mężczyzn i 4 kobiety).

Łącznie z orzeczeniami, wydanemi na rozprawach sądowych bez poprzedzającej obserwacji psychjatrycznej w Zakładzie, lekarze zakładowi wydali w roku sprawozdawczym orzeczeń sądowo-psychjatrycznych 63 (52 orzeczenia w sprawach karnych i 11 w sprawach cywilnych).

TABLICA X.

Wypisano z Zakładu

po pobycie w Zakładzie do		wyleczonych		w stanie polepsz.		bez zmiany		bez objawów chorobowych		zmarło		razem	
lat	miesięcy	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
	1	2	6	3	3	20	6	—	—	5	4	30	19
	2	2	8	7	13	10	5	2	1	1	—	22	27
	3	1	6	7	12	2	1	—	—	4	4	14	23
	6	10	9	18	16	4	2	—	—	4	2	36	29
	12	14	6	16	10	11	2	—	—	3	4	44	22
2		2	4	4	5	2	3	—	—	3	2	11	14
5		—	—	6	5	14	10	—	—	9	13	29	28
10		—	—	3	2	3	4	—	—	4	3	10	9
15		—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	2	2
ponad 15 lat		—		....	—	—	—	—	—	—	1	—	1
razem:		31	39	64	66	67	33	2	1	34	35	198	174

TABLICA XI.

Klasy wyżywienia.

Klasa wyżywienia	I kl.		II kl.		III kl.		Razem		
	m.	k.	m.	k.	m	k.	m.	k	ogółem
Stan w dniu 31. 3. 30.	8	11	38	41	512	469	558	521	1079
Przyjęto w r. 1930/31									
a) nowych pacjentów	8	5	27	15	169	148	204	168	372
b) przepisano z in. kl.	—	—	13	8	11	16	24	24	48
Razem:	16	16	78	64	692	633	786	713	1499
ubyło:									
a) przez wypisanie	6	8	40	16	152	150	198	174	372
b) przez przepisanie do innych klas	4	1	10	16	10	7	24	24	48
Razem:	10	9	50	32	162	157	222	198	420
Pozostało:	6	7	28	32	530	476	564	515	1079

TABLICA XII.

Zawód pacjentów.

a) Mężczyźni:	Stan 31.3.30	przybyło (w r. sprawozd.)	ubyło (w r. sprawozd.)	pozostało na 31.3.31
Ziemianie	6	3	3	6
Gospodarze rolni	44	18	21	41
Przemysł i rzemiosło	72	31	28	75
Kupcy	37	18	16	39
Uczeni	27	8	3	32
Nauczyciele	9	2	3	8
Uczniowie	20	16	12	24
Urzędnicy i wojskowi	46	24	21	49
Handlarze i kelnerzy	19	5	8	16
Robotnicy	178	50	49	179
Bez zawodu	100	29	34	95
Razem:	558	204	198	564

b) Kobiety:	Stan 31.3.30	przybyło (w r. sprawozd.)	ubyło (w r. sprawozd.)	pozostało na 31.3.31
1) bez zawodu				
żony i córki z inteligencji	48	10	15	43
„ „ ze stanu średn.	100	40	42	98
„ „ „ robotn.	120	57	44	133
2) ze stanu zarobkując.				
nauczycielki i bony	28	7	4	31
krawcowe, modniarki	12	6	3	15
książkowe, sprzedawaczki	27	1	2	26
gospodynie, kucharki	21	8	8	21
pielęgniarki, akuszerki	3	3	—	6
służące, robotnice	162	36	56	142
Razem:	521	168	174	515

O.

TABLICA XIII.

Choroby zewnętrzne.	
a) róża	4 + 8 [1] 12
b) świerzb	2 + - 2
c) ropnie i wrzodzianki	42 + 27 69
d) odleżyny	—
Choroby wewnętrzne.	
a) rozwolnienie	9 + 13 22
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) gruźlica otwarta	8 + 7 15
e) odra	—
f) zimnica	—
g) płonica	—
h) jaglica	8 + 5 13
Inne niepożądane zjawiska.	
1) zanieczyszczenie	6 + 4 10
2) samowolne opuszczenie zakładu	
a) z oddziałów otwartych	6 + 5 11
b) z oddziałów zamkniętych (pod ścisłym dozorem)	3 + 4 7
3) usiłowane samobójstwo ze zejściem śmiertelnem	+ 1 1
4) uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjenta	1 + 4 5
5) wybryki pacjentów względem pielęgniarzy	5 + 4 9
6) bójki pacjentów między sobą	8 + 6 14
7) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	—

[1]) mężczyźni i kobiety
razem

[2]) nie uwzględnia się pacjentów mających zupełną swobodę ruchu, którzy się oddalili i sami wrócili.

TABLICA XIV.

1) zabiegi chirurgiczne	$\frac{47 + 28}{75}$
2) drobne i większe opatrunki	$\frac{510 + 514}{1024}$
3) karmienie zgłębnikiem	$\frac{6 + 6}{12}$
4) zastrzyki skopolaminy	—
5) zastrzyki morfiny	—
6) zastrzyki extr. opii	$\frac{3 (24) + 10 (446)}{13 (470)}$
7) zawijanie w koce	—
8) Kąpiele prolongowane	
a) ze względów psychjatrycznych	$\frac{— + 2 (8)}{2 (8)}$
b ze względów cielesnych	$\frac{4 (42) + 8 (152)}{12 (194)}$
9) nasenniki	$\frac{28 (197) + 41 (237)}{69 (434)}$
10) leki stosowane w chorobach somatycznych	$\frac{272(2462) + 364(2156)}{636 (4618)}$
11) leki przeciwko napadom epileptycznym	$\frac{30 (6411) + 38 (3681)}{68 (10092)}$
12) leki antyluetyczne	$\frac{14 + 6}{20}$
13) zimnica stosowana w przypadkach p p.	$\frac{5 + 4}{9}$
14) zimnica stosowana w przypadkach schizofrenji	$\frac{13 + 21}{34}$
15) autohemoterapja	$\frac{17 + 6}{23}$
16) naświetlania	$\frac{19 (162) + 25 (126)}{44 (288)}$
17) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	92%
Śmiertelność:	
1) zmarło ogółem	$\frac{34 (3) + 35}{69}$ [2])
2) zmarło na gruźlicę	$\frac{7 + 9}{16}$
3) autopsji dokonano	$\frac{3 + 4}{7}$
Uszkodzenia przedmiotów przez pacjentów:	
1) szyby i ściany	$\frac{7 + 5}{12}$
2) meble	$\frac{3 + 2}{5}$
3) odzież	$\frac{8 + 6}{14}$
4) bielizna	$\frac{6 + 7}{13}$

1) Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań.

2) Liczby w nawiasach oznaczają chorych, którzy przybyli do Zakładu w stanie dogorywania i zmarli bezpośrednio po przyjęciu.

W.

III. Administracja.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulaminem dla służby Zakładu z dnia 5. marca 1895, przepisami służby wewnętrznej z dnia 2. marca 1897, przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. sierpnia 1901, A. B. i C, instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. lutego 1901, pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 28. marca 1930, Ldz. 3686/30, w sprawie uprawomocnienia się budżetu Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego na rok 1929/30, rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 21. czerwca 1930 Ldz. 873/30, — XIV, w sprawie zwrotu kosztów podróży autobusem, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 20. czerwca 1930, Ldz. 804/30 — XIV, dotyczącem operacyj wekslowych i sposobu ich księgowania, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 8. sierpnia 1930 Ldz. 1077 /30 — XIV, dotyczącem podawania daty wystawienia na pokwitowaniach kasowych i innych dokumentach, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 1. sierpnia 1930, Ldz. 1154/30 —XIV w sprawie zwrotu kosztów podróży w wypadku odwołania urzędnika z urlopu wypoczynkowego, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 25. sierpnia 1930, Ldz. 3331/30 — Osb., w sprawie wypłaty poborów urzędnikom etatowym zgóry, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 25. listopada 1930, Ldz. 14519/30 — I budż. dotyczącem ograniczenia wyjazdów służbowych, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 12. listopada 1930, Ldz. 1396/30 — XIV, w sprawie prowadzenia pozabudżetowego konta dla niedoborów i nadwyżek kasowych, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 7. grudnia 1930, Ldz. 15996/30 — I Org., w sprawie wysokości kar za zwłokę od kosztów utrzymania, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 5. lutego 1931, Ldz. 1842/31 — I budż., w sprawie uregulowania dostaw żywności dla zakładów, rozp. Starostwa Krajowego z dnia 11 lutego 1931, Ldz. 1201/31 — VIII, w sprawie stosowania przepisów prawnych przy pokrywaniu kosztów leczenia nieuleczalnie umysłowo chorych.

Według przepisów obowiązujących Zakład przedłożył w roku sprawozdawczym prerjodycznych sprawozdań dwutygodniowych 24, miesięcznych po 12 = 144, rocznych 8.

Urzędowanie opierało się na 54 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało: 3 urzędników biurowych administracyjnych i 7 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Zakładu odbyli ośm podróży służbowych — na zarządzenie Starostwa Krajowego dwie, na zarządzenie Dyrekcji sześć.

Podróże służbowe w 1930 roku w 1931 roku

w miesiącu	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	Razem
	—	—	4	—	2	—	1	—	—	—	1	—	8

Podróże odbywały się w sprawach przetargu na odzież i bieliznę (2 razy), w sprawie zapoznania się ze stanem nowoczesnej techniki, w sprawie zaginionych planów i rysunków tutejszego Zakładu, w sprawie zapoznania się z nowoczesnemi metodami uprawiania ogrodnictwa ozdobniczego, oraz na pogrzeb śp. Dra Ernesta Reimanna, prymarjusza Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach. Pozatem lekarze Zakładu (2) wyjechali na Zjazd Psychjatrów Polskich w m. Łodzi. O.

Żywienie: W klasach I-szej, II-giej, i IIIa pacjenci otrzymywali pożywienie 5 razy dziennie, w klasie IIIb 3 razy z dodatkami.

W klasie I-szej pacjenci otrzymywali: na I-sze śniadanie kawę, mleko i bułki z masłem, na II-gie śniadanie — herbatę, chleb z masłem, wędliny lub ser. Obiad składał się 5-ciu dań. Mięso otrzymywali pacjenci codziennie z wyjątkiem dni postnych, w których podawano rybę. Na podwieczorek podawano: kawę, mleko, bułki z masłem, na kolację potrawy mięsne (w dnie postne jajka, rybę lub inne potrawy postne), chleb z masłem i herbatę.

W klasie II-giej: na 1-sze śniadanie podawano kawę, mleko i chleb z masłem, na 2-gie — herbatę, chleb z masłem, wędliny lub ser 4 razy na tydzień. Obiad składał się z 4 dań. Mięso otrzymywali pacjenci 2-giej klasy codziennie z wyjątkiem dni postnych. Na podwieczorek podawano kawę, mleko, chleb z masłem, na kolację: ciepłe potrawy mięsne (w dni postne jajka), chleb z masłem, herbatę.

W klasie III-ciej: na 1-sze śniadanie chorzy otrzymywali kawę z mlekiem i chleb z masłem lub smalcem albo z marmeladą, na 2-gie śniadanie: chleb smarowany i herbatę. Obiad złożony z 3-ch dań, mięso cztery razy na tydzień; do obiadu: kapustę, budyń lub kompot z suszonego owocu. Na podwie-

czorek otrzymywali pacjenci kawę z mlekiem, chleb, na kolację zupę mleczną i chleb lub herbatę. Raz na tydzień pacjenci wszystkich klas otrzymywali jako dodatek czekoladę w kostkach.

Na porcję dzienną chorego składało się przeciętnie:

Klasa	chleba gr	bułek gr	mięsa gr	tłuszczu gr	mleka ltr	jarzyn gr	krupów gr	ziemniak. gr	mąki gr	kawy gr	cukru gr	herbaty gr	jaj szt	owoców gr	śmietany gr	śledzi szt	ryb gr	budyniu gr
I	330	200	280	120	0,3	400	150	750	80	30	75	3	2	160	50	—	30	3
II	500	-	280	120	0,3	400	150	750	80	30	70	2	1	120	30	—	5	3
III	500	—	115	85	0,2	400	140	900	60	20	60	2	—	60	18	18	2	3

W czasie świąt i uroczystości pacjenci otrzymywali oprócz powyższych ilości jeszcze 500 gramów placka względnie strucla lub po 2 pączki, 150 gramów kiełbasy i po 2 względnie 1 jajku. Chorzy zatrudnieni pożyteczną pracą otrzymywali jako dodatek 20 gramów tłuszczu, 250 gramów chleba i 150 gramów kiszki lub wędzonej słoniny względnie sera.

Cieleśnie słabi chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego składające się z 2 jaj, $1/2$ do 1 litra mleka względnie kakao, i 100 do 200 gr. bułek.

Obłożnie chorzy otrzymywali djetę.

Opłata za pacjentów wynosiła od 1. 4. do 19. 9. 1930 r.:

a) za pacjentów z Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 11,— zł, w klasie II-giej 7,50 zł i w klasie III-ciej 4,— zł dziennie.

b) za pacjentów z poza Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 14,65 zł, w klasie II-giej 8,65 zł i w klasie III-ciej 4,60 zł dziennie.

od 20 września 1930 roku do 31 marca 1931 roku:

a) za pacjentów z Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 12,— zł, w klasie II-giej 8,20 zł, w klasie III-ciej 4,50 dziennie.

b) za pacjentów z poza Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 13,80 zł, w kasie II-giej 9,43 zł, w klasie III-ciej 5,18 zł dziennie.

Gminy z poza Województwa Poznańskiego płaciły za ubogiego pacjenta do 19. września 1930 4,20 zł, od 20. września 1930 po 4,50 dziennie. Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego

pacjenta z Województwa Poznańskiego wynosiła w roku sprawozdawczym 1,85 zł, a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

	rok 1930									rok 1931		
w miesiącach	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
złotych:	5,01	1,73	2,11	4,45	3,15	1,87	4,35	0,91	3,89	3,64	2,67	2,40

Miejsc bezpłatnych w roku sprawozdawczym nie było. Dni zakładowych spędzonych przez chorych psychicznie w Zakładzie na oddziałach w roku sprawozdawczym było 397.593, a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie 1 528.369,38 zł, zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania jednego chorego przedstawiały kwotę 3,84 zł.

Rozrywki: W okresie sprawozdawczym odbyły się dla pacjentów 42 zabawy, a mianowicie: 4 przedstawienia teatralne połączone z tańcami, 17 przedstawień kinematograficznych i 21 zabaw tanecznych; pozatem odbyły się koncerty radjowe na sali i w kasynie lekarskiem dla pacjentów.

W dniu 3-go maja 1930 roku odbyły się uroczystości ku uczczeniu Konstytucji i akademja z powodu stuletniej rocznicy powstania listopadowego.

Wygłoszone zostały okolicznościowe odczyty, przemowy, deklamacje i śpiewy, wykonane przez pacjentki i pielęgniarki przy akompanjamencie orkiestry zakładowej, złożonej z pacjentów.

Od wiosny aż do późnej jesieni pacjenci grywali w tenis, football, kręgle, robili wycieczki powozami i samochodami w dalsze i bliższe okolice Dziekanki. Dla rozrywki pacjentów Zakład posiada dwa bilardy i w kasynie lekarskiem trzeci bilard, z których pacjenci często korzystali.

Na przedstawienia teatralne, koncerty, do kina i na inne widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za pacjentów niezamożnych opłacał Zakład.

Poza aparatem radjowym w kasynie lekarskiem zainstalowano jeszcze w pawilonie VII-ym ż. pięcio-lampkowy aparat radjowy, w pawilonach III, IV i VI ż. ustawiono głośniki, przez co cztery pawilony korzystają z własnego aparatu.

Pacjenci są z tego urządzenia bardzo zadowoleni i słuchają z uwagą produkcyj radjowych. W przyszłości w każdym pawilonie będzie ustawiony głośnik radjowy.

Inwestycje. W parku męskim postawiono parkan drzewiany, długości 61,10 mtr., wysokości 1,50 mtr, który odgradza park od ogrodnictwa i miejsca, gdzie składa się śmiecie i mierzwę na kompost, ponieważ widok na kupy kompostowe szpecił w wysokim stopniu wygląd parku i odstraszał od przebywania w nim; urządzono fabrykację płyt cementowych do chodników i krawężników, pobudowano szopę jako pracownię wyrobów cementowych oraz garaż do samochodu ciężarowego, pobudowano nowy parkan okalający plac węglowy od strony wschodniej, ponieważ stary parkan z desek z powodu starości się rozpadał, pobudowano nowe schody prowadzące do stolarni, bo stare, z powodu przegnicia, zagrażały bezpieczeństwu. Smołowano dachy budynków gospodarczych, altan i pawilonów w celu konserwacji; w budynku administracyjnym przeniesiono ustępy dla publiczności, mieszczące się na parterze obok biur, do suteren, w dawniejszej komórce biurowej urządzono ustępy dla personelu biurowego i w ustępach w suterenach urządzono dla personelu biurowego umywalnię, a uzyskaną przez przeniesienie ustępów do suteren ubikację przerobiono na pokój i połączono przez wybicie drzwi z biurami, które były ciasne, przez co biura zakładowe doznały powiększenia. W mieszkaniu sekretarza przeniesiono ustęp i łazienkę do dawniejszej komórki, a w ubikacji, gdzie był ustęp i łazienka, urządzono kuchnię, przez co mieszkanie zostało powiększone o jeden pokój; w mieszkaniu rendanta przeniesiono wannę, która zajmowała jeden pokój, do ubikacji, w której mieścił się ustęp, ze względu na przełożenie rur kanalizacyjnych na parterze i na I. piętrze.

Przełożenie ustępów i założenie nowych rur odciekowych było konieczne ze względu na wadliwości starego urządzenia ściekowego i przykre zapachy, wydobywające się z rur klozetowych, oraz zaciekanie sufitów. Pomalowano korytarze budynku administracyjnego, po poprzedniem założeniu przewodów do światła pod tynk, pomalowano wszystkie sale, korytarze i poboczne ubikacje w pawilonach VII, IX, X i XI dla mężczyzn, pomalowano rzeźnię w budynku gospodarczym, pomalowano kuchnię, spiżarnię pomywalnię, chłodnię do mleka, strugalnię, korytarz kuchenny oraz pokój mieszkalny dla służby kuchennej i stolarnię. W pawilonach VII dla kobiet i VII dla mężczyzn postawiono nowe piece kaflowe a usunięto tamże stare żelazne piece, które dymiły, w budynku administracyjnym wytapetowano salę konferencyjną, wykładową, pokój komisyjny i pomalowano pokój imspektora,

w gabinecie dyrektora pomalowano sufit. Pozatem wytapetowano względnie pomalowano w mieszkaniach urzędniczych dziewiętnaście pokoi, siedem kuchen, dwa korytarze, 2 łazienki.

W hali maszyn ustawiono generator do nowej maszyny parowej, w centralnej kuchni ustawiono nową żelazną kotlinę do gotowania w miejsce kaflowej, ktora się rozpadła, w przedsionkach do kuchni ustawiono grzejniki, celem uchronienia kuchni od odpływu zimnego powietrza i przeszkodzenia tworzeniu się pary w kuchni, naprawiono jeden kocioł parowy w kotłowni, który był wadliwy, uskuteczniono izolację rur paronośnych w kotłowni i w hali maszyn, wybudowano nową studnię z kompresorem, która — jak wykazało próbne pompowanie — dostarcza dużo wody; jednakże nowa studnia nie została dotąd uruchomiona, ponieważ nie nadszedł jeszcze motor do zapędu kompresora; w basenie od dawniejszych studzien w hali maszyn urządzono studnię zbiorową, do której pompuje się wodę ze wszystkich studzien, tamstąd do zbiorowej studni do wieży ciśnień, a nie jak dotychczas, że każda studnia z osobna musiała wypychać wodę do wieży ciśnień. Przez urządzenie zbiorowej studni odciąża się motory przy studniach, które były przeciążone; pozatem wydajność studzien się zwiększyła i Zakład posiada większy zapas wody, bo może napełnić istniejące rezerwoary na wieży i basen od studni zbiorowej.

W roku sprawozdawczym nabyto:

a) 1115 sprzętów kuchennych,
b) uzupełniono urządzenia higjeniczne, zużyto 3162,5 kg mydła do prania oraz czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych;
c) zakupiono dziesięć książek do bibljoteki beletrystycznej. Pozatem Zakład prenumerował dla chorych pięć gazet codziennych i siedem czasopism ilustrowanych, które — po oprawieniu kompletnych roczników — włączono do bibljoteki beletrystycznej tak, że ogółem nabyto 10 + 7 = 17 książek.
d) nabyto 9 dzieł naukowych do bibljoteki lekarskiej, prenumerowano 55 czasopism lekarskich oraz 4 dzienniki urzędowe dla administracji Zakładu.

Z końcem roku sprawozdawczego Zakład posiadał ogółem:

a) w bibljotece lekarskiej 946 dzieł w 1033 tomach,
b) „ administracyjnej 186 dzieł w 225 tomach,
c) „ beletrystycznej 2441 dzieł w 3631 tomach.

W roku sprawozdawczym zużyto w Zakładzie:

a) opału: 42 279,6 ctr węgla, 3.640 ctr koksu, oraz 50 m^3 drzewa opałowego. Materjał ten zużyto: w okresie zimowym do opalania 384 ubikacyj oraz oranżerji, przez cały rok zaś: w kotłowni, kuchni, pralni i prasowalni. W ubikacjach mieszkalnych utrzymywano temperaturę od 16 do 20° C.

b) światła 140.986 kilowatów. Oświetlano 130 ubikacyj o ogólnej pojemności 89.826 kbm przez cały rok, dziennie przeciętnie przez jedenaście godzin; prócz tego oświetlano drogi i place zakładowe, oraz odcinek szosy, przy której Zakład jest położony, pozatem korytarze w domach mieszkalnych.

c) wody zużyto 113.160 kbm. C.

Sprawozdanie z gospodarstwa rolnego.

Obszar ogólny folwarku Dziekanka wynosi 532 morgi magdeburskie. Roli uprawnej jest 465 mórg. Resztę stanowią łąki, drogi, podwórza, cmentarz Zakładu i woda. Ziemia jest średnia, zaliczona do V. klasy. Rok ubiegły był dla rolnictwa w tutejszej okolicy katastrofalny. Nie mam tu na myśli ogólnego bankructwa rolniczego w polsce, tylko stosunki w tutejszej okolicy. Zeszłoroczna wiosna była dosyć wczesna i mroźna. Temperatura w kwietniu prawie każdej nocy obniżała się do — 3° C., a nawet pojawiały się na początku maja nocne mrozy. Po mrozach nastąpiły nagle upały. W czerwcu i lipcu temperatura podnosiła się do 28° C., i to prawie bez przerwy, a deszczów nie było. Ziemia wyschła do tego stopnia, że popękała powieszchnia gleby i potworzyły się dość znaczne szczeliny. Tak wysoka temperatura spaliła 2/5 zbóż letnich i bardzo zaszkodziła okopowym, bo upały trwały prawie bez przerwy 7 tygodni, a w tem czasie ani razu deszcz nie padał. Susza ta spaliła doszczętnie świeżo zasianą koniczynę, saradelę oraz peluszkę i wykę w mieszance. Również mocno zniszczyła owsy, jęczmiona i rośliny okopowe. Podczas żniw zmieniła się znacznie popoda. Ustały upały i rozpoczęły się liczne opady, które bardzo utrudniały żniwa. Deszcze padały z małemi przerwami kilka tygodni, wskutek czego porosło zboże na polu; żniwa opóźniły się. Przy tak zw. kradzionych żniwach wykruszyło się około 30% ziarna. Najwięcej ucierpiał owies.

Sprzęt był następujący:

Pszenica	27 mórg sprzęt	13,863 kg	1 mg, prz.	693 kg, à kg	0,22—	3.049,86 zł
Żyto	150 „ „	61,707 „	1 „ „	412 „ „ „	0,18—	11.107,26 „
Jęczmień	31 „ „	13.173 „	1 „ „	425 „ „ „	0,20—	2.634,60 „
Owies	73 „ „	15.600 „	1 „ „	213 „ „ „	0,17—	2.652,— „
Mieszanka	29 „ „	10.250 „	1 „ „	353 „ „ „	0,17—	1.742,50 „
Kartofle	85 „ „	445.000 „	1 „ „	5231 „ „ „	0,02—	8.900,— „
Cukr. bur.	20 „ „	146,725 „	1 „ „	7336 „ „ „	0,02—	2.934,50 „
Siano	16 „ „	56,250 „	1 „ „	3115 „ „ „	0,04—	2.250,— „
Słoma	„ „	409,750		„ „ „	0,01—	4.097,50 „
					razem złotych.	39.368,22 zł

Robotnicy: Na folwarku pracowało 9 ludzi zdrowych. Oprócz nich używani byli pacjenci Wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka, którzy wykonywali większość prac. Przy pracy pacjenci są akuratni i obowiązkowi.

Rewizje: Rewizje książek gospodarczych wykonuje Wojewódzka Kontrola Komunalna. W roku sprawozdawczym rewizji było cztery. Nadzór nad gospodarką rolną prowadzi oddział rolniczy Starostwa Krajowego, którego kierownikiem jest p. Buschke. Rewiduje on folwark raz lub dwa razy miesięcznie. Również rewidował folwark p. dyrektor Zakładu Dr. med. Dr. phil. Piotrowski. W roku sprawozdawczym wizytacje z ramienia Sejmiku Wojewódzkiego odbyły się dwa razy, z p. Starostą Krajowym na czele i p. decernentem wyższym radcą Mielcarzewiczem. Oprócz tego wyższy radca p. Mielczarzewicz rewidował z p. Buschkem folwark kilka razy.

Zabudowania gospodarcze: Budynki folwarku są w średnim stanie. Została przebudowana dotychczasowa świniarnia na oborę, a z obory urządzono świniarnię.

Kultura rolna i uprawą zbóż: Folwark uprawia te rodzaje zbóż i jarzyn okopowych, które są potrzebne dla zapotrzebowania Zakładu. Zbiory były dobre, bo zasilano zboża i okopowe potrzebnemi sztucznemi nawozami. Z tego trzeba będzie powoli zrezygnować, bo wkładanie dziś w gospodarstwo rolne nawozów

sztucznych przy tak niepomyślnej konjukturze przynosi szkodę. Będzie się musiało ograniczyć do zasilania gleby narazie nawozem stajennym.

Przeprowadzono eksperyment próbny uprawy systemem p. Lossowa z Leśniewa. Zasiano 8 mórg żyta i 8 mórg pszenicy, razem 32 półmorgowe parcele z równemi doświadczalnemi próbami pod względem ilości wysiewu ziarna i ilości sztucznego nawozu. Żyta wysiewa się na 1 ha systemem Lossowa przeciętnie 24 kg. Odległość rzędu od rzędu 38 cm, albo 20x40 cm. Żyto jesienią się głęboszuje specjalną maszyną systemu Lossowa i to samo powtarza sie jaknajwcześniejszą wiosną, skoro ziemia obeschnie. Haczkę daje się 2 albo — jeżeli zachodzi tego potrzeba — 3 razy. Sztucznych nawozów daje się na 1 ha zasadniczo 200 kg azotniaku, 600 kg. 20 proc. soli potasowej, 250 kg tomasyny, 250 kg superfosfatu 16 proc. i 400 kg saletry. Pszenicy wysiewa się na 1 ha 48 kg, a nawozy sztuczne daje się te same jak pod żyto. Wykonuje się również te same prace przy życie, bronując. Oprócz tego bronuje się pszenicę dwa razy średnio ciężką broną na wiosnę. Sprzęty z próbnych parcel uprawnych systemem Lossowa zawiodły w tym roku zupełnie z powodu wielkich upałów i nadmiernych opadów deszczowych podczas żniw. Z 8 morgów żyta sprzątnięto ogółem 4.089 kg, czyli 1/4 ha względnie 1 morga wydała przeciętnie 511 kg. Pszenica wydała z ośmiu mórg znacznie mniej niż żyto, t. j. 3.216 kg. Zaznaczyć trzeba, że bardzo wiele żyta i pszenicy się wykruszyło przez opóźnienie się żniw. Również z powodu porośnięcia ziarna straciło zboże na wadze około 30 proc. Do prób wzięto żyto „Wierzbno", a pszenicę „Stiegler 22". Nadmienić trzeba, że żyto „Petkus" jest lepsze od wszystkich innych odmian i nadaje się w tutejszej okolicy jedynie na hodowanie, ze względu na swą odporność klimatyczną i dość obfite plony, czego inne odmiany żyta nie wykazują.

Łąki leżą nad jeziorem, które nie ma odpływu, wskutek czego łąki są przekwaszone i stale zalane wodą. Siano z nich jest ostre i kwaśne, nie nadające się na paszę dla bydła, tylko dla koni. Pastwisk dla bydła folwark nie posiada. Buduje się duży okólnik, w którym bydło cały dzień będzie przebywać. Ziemia i łąki na folwarku Dziekanka nie są drenowane; wpływa to ujemnie na uprawę roli i plony.

Tabela inwentarza żywego.

	koni	bydła	świń	owiec	drobiu
Dnia 1. 4. 30 r. posiadał folwark . . .	16	36	16	28	—
w czasie od 1. 4. 30 r. do 31. 3. 31 r. przybyło: przez zakup	—	—	95	—	50
z własnego chowu	—	20	38	7	—
Razem:	16	56	149	35	50
w ciągu roku ubyło przez sprzedarz. . .	—	16	37	15	—
wskutek chorobv ubyło	1	6	17	4	17
stan w dniu 31. marca 1931 r. . . .	15	34	95	16	33

Kondycja koni na folwarku Dziekanka jest nieszczególna. Najmłodszy koń ma 14 lat, a najstarszy koń 32 lata. W roku gospodarczym 1931/1932 będzie musiał folwark zakupić conajmniej sześć koni. Stan krów będzie trzeba uzupełnić do 46 sztuk, czyli dostoswać do wielkości obszaru ziemi uprawnej. Oprócz 46 krów folwark hodować będzie z własnego przychówku cielaki.

Trzodę chlewną w roku gospodarczym 1930/31 postawiono na dość dobrym poziomie. Obecnie jest już sto świń, w tem dziesięć macior na matki i dwie na knury. Knury są rasy Yorkshire, a maciory uszlachetnionej rasy niemieckiej. Krzyżówka ta daje silne i szybko rozwijające się potomstwo, które w przeciągu ośmiu miesięcy dochodzi do 125 kg żywej wagi. W roku zeszłym w miesiącu sierpniu wybuchł pomór świń na tutejszym folwarku. Przy pierwszym wypadku śmiertelnym przeprowadzono sekcję stwierdzającą pomór. Natychmiast zarządzono izolację wszystkich chorych świń od zdrowych, lecz pomimo tego okazała się ona zapóźna, gdyż cały stan świń był już zarażony. Zastosowano węgierskie „Serum — Pesti" — serum to wydało dobre rezultaty, bo na ogólną ilość stuośmnastu świń padło tylko jedenaście sztuk. Zastosowano też najdalej idące środki ochronne dezynfekcyjne. W ten sposób przeciwdziałano

pomocrowi na tutejszym folwarku; we wszystkich okolicznych wioskach prawie wszystkie świnie padły.

Pszczoły, drób. W roku sprawozdawczym zostało zakupionych dziesięć roji pszczół. Miodu jeszcze nie podbierano, bo pszczoły zakupione zostały już po czasie. Również zakupione zostały kury zarodowe rasy Leghorn, które według opinji znawców odznaczają sią znaczną nośnością jaj. Leghorny znoszą przeciętnie dwieściećzterdzieści jaj rocznie. Ujemna strona kury Leghorn jest ta, że nie wysiadają nigdy na jajach. Z tego powodu trzeba mieć jeszcze inny gatunek kur w gospodarstwie, aby nasadzić je na jajach, lub też trzeba mieć sztuczną wylęgarnię.

Nabiał. Przez cały rok doiło się przeciętnie 26 krów dziennie. Ogólny udój mleka wynosił przez cały rok 95.089 litrów, czyli przypada na jedną krowę dziennie 9—3/4 litra.

Paszę stosowano indywidualną dla poszczególnych trzech grup krów, według wydajności mleka poszczególnej krowy. Oprócz paszy bytowej spaszono 33.472 kg paszy treściwej, która kosztowała złotych 6 333,60, a mleko przyniosło złotych 24.724,44, co dokładnie wskazuje, że w obecnym kryzysie podtrzymuje gospodarstwo rolne jedynie mleko, jeżeli cena pozostanie niezmieniona.

Warzywa i drzewa owocowe. Zakład posiada dwadzieścia mórg pola irygacyjnego. Sprzęt warzywa z tego obszaru zaspokaja dostatecznie potrzeby Zakładu. W roku sprawozdawczym dostarczono Zakładowi 10.200 sztuk ogórków, 1200 główsałaty, 28 ctr pomidorów, 365 ctr kapusty, 12 ctr rabarberu, 23 ctr cebuli, 28 ctr szpinaku, 64 ctr szczawiu, 65 ctr buraczków, 8 ctr szparagów, 34 ctr galarepy, 150 ctr karotki, 10 ctr gruszek, 60 ctr jabłek, 30 ctr korbali, 100 ctr brukwi. Drzewa owocowe zniszczyła zima w roku 1928. Trzeba było wyrąbać około 250 drzew owocowych. Mróz zniszczył przeważnie drzewa szlachetne. Nie uzupełniło się zaraz zniszczonego stanu drzewa, bo młode drzewa w szkółkach również były chore. Dopiero teraz zaczyna się stopniowo brakujące drzewa owocowe uzupełniać. W roku sprawozdawczym 1931/32 zasadzi się w tutejszym sadzie zakładowym 100 młodych drzewek owocowych.

Cz. O.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Kasy Filjalnej Wojewódzkiege Zakładu Komunalno - Poznańskiego „Dziekanka"

za rok budżetowy 30/31.

§	Pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł		Wydano zł		W porównaniu z budżetem mniej		W porównaniu z budżetem więcej	
1	2	3	4		5		6		7	
		A. WYDATKI								
1	a	Na uposażenie personelu	434 594	–	381 457	27	53 136	73		
	b	Świadczenia dla Kasy Chorych	18 000	—	20 350	32			2 350	32
	c	Inne świadczenia socjalne	12 500	—	13 339	82			839	82
	d	Swiadczenia specjalne	66 458	—	40 754	32	25 703	68		
	e	Zapomogi	13 200	—	5 887	05	7 312	95		
	f	Djety i koszty podróży	1 700	—	832	97	867	03		
	g	Umundurowanie służbowe	18 700	—	13 960	29	4 739	71		
2	a	Materjały piśmienne	1 500	—	1 477	54	22	46		
	b	Druki i formularze	1 500	-	1 842	31			342	31
	c	Księgi biurowe i rachunkowe	300		244	65	55	35		
	d	Maszyny do pisania	500	—	1 020	–			520	
	e	Portorja	1 700	—	2 601	—			901	
	f	Telefony	1 000		1 209	66	—		209	66
	g	Telegramy	350		74	50	275	50		
	h	Prenumerata pism	100		49	40	50	60		
	i	Ogłoszenia	400		255	60	144	40		
	j	Inne	100		97	50	2	50		
3		Umeblowanie biur	500		117	93	382	07		
4		Wydawnictwa	6 800		6 798	77	1	23		
5		Środki lokomocji	2 000		2 726	71			726	71
6	a	Utrzymanie budynków	58 000		57 986	85	13	15		
	b	„ narzędzi	38 000		67 521	02			29 521	02
	c	„ sprzętów	11 000		6 584	06	4 415	94		
7	d	Opał, światło i woda	148 179	25	142 968	29	5 210	96		
	e	Opieka duchowna	3 200		2 765	25	434	75		
	f	Opieka lekarska	11 000		11 657	68			657	68
	g	Żywność	661 240		525 506	54	135 733	46		
	h	Higjena	10 000		8 556	64	1 443	36		
	i	Wychowanie	5 300		4 977	07	322	93		
	j	Bielizna, odzież i obuwie	89 000		78 051	88	10 948	12		
	k	Premje za prace	1 000		654	40	345	60		
	l	Przyjęcie i zwolnienie	550		188	90	361	10		
	m	Podatki i opłaty	5 000		5 520	83			520	83
	n	Utrzymanie rolnictwa	110 011		99 583	08	10 427	92		
	o	Różne wydatki rzeczowe	917	75	186	65	731	10		
	p	Koszty za trumny	700		669	64	30	36		
		Zwroty do dochodu	—		19 892	99			19 892	99
		Razem: złotych	1.735.000	—	1.528.369	38	263.112	96	56.482	34
							206.630	62		

§	Pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wpłynęło zł	W porównaniu z budżetem mniej	W porównaniu z budżetem więcej
1	2	3	4	5	6	7
		B. DOCHODY:				
1	a	Z gospodarstwa rolnego	138 257 —	97 295 94	40 961 06	—
	b	„ „ ogrodniczego	—	476 02	—	476 02
2	a	Różne dochody osobowe	15 070 —	12 819 14	2 250 86	—
	b	„ „ rzeczowe	24 410 —	23 567 70	842 30	—
	c	Zwrot za trumny	700 —	1 004	—	304
3	a	Opłaty bieżące	1346 284 25	1235 006 35	111 277 90	—
	b	„ specjalne	7 000 —	10 985 23	—	3 985 23
	c	Zasługi dla pacjentów	2 000 —	2 000 —	—	—
4	a	Wydawnictwa	1 200 —	1 381 37	—	181 37
	b	Dopłaty	200 000 —	216 635 38	—	16 635 38
	c	Różne wpływy	78 75	8 894 91	—	8 816 16
		Zwroty do rozchodu	—	7 854 19	—	7 854 19
		Razem:	1 735 000 —	1 617 920 23	155 332 12	38 252 35
					117 079 77	
		Dochody w gotówce w okresie budżetowym 1930/31 wynoszą według niniejszego zestawienia		1 617 920 23		
		a rozchody		1 528 369 38		
		Zatem nadwyżka gotówk.		89 550 85		
		Na końcu roku budżetowego 1930/31 pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów, które się ściąga w kwocie		96 134 61		
		Na pokrycie niedoboru gospodarstwa rolnego dołożył Zakład z swej kasy w gotówce		2 287 14		
		Ostateczna nadwyżka wynosi		187 972 60		

SPRAWOZDANIE FINANSOWE FOLWARKU „DZIEKANKA"

za rok 1930/31

§	Pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł		Wydano wzgl wpłynęło zł		W porównaniu z budżetem mniej		W porównaniu z budżetem więcej	
1	2	3	4		5		6		7	
		A. WYDATKI								
1	a	Wynagrodzenie dla agronoma	1 064		1 064					
	b	„ „ rządcy	4 092		4 077		15			
	c	Zasługi dla in. prac.	11 308	40	10 263	33	1 045	07		
	d	Za prace pacjentów	2 000		2 000					
2	a	Świadczenia socjalne	1 410		1 273	27	136	73		
	b	Inne	300		261		39			
3		Wydatki biurowe	364		324	80	39	20		
4	a	Opał	975		—		975			
	b	Światło	250		213	57	36	43		
5	a	Utrzymanie budynków	2 500		1 021	64	1 478	36		
	b	Remont	3 000		7 214	74			4 214	74
	c	Utrzymanie narzędzi roln.	4 500		3 701	77	798	23		
	e	Fundusz odnow. maszyn	3 000		316		2 684			
6	b	Krowy	3 625		625		3 000			
	c	Świnie	6 000		5 955	40	44	60		
	d	Drób	130		87	35	42	65		
	f	Pszczoły	400		400					
	g	Pasza	30 643		31 706	09			1 063	09
	h	Opieka weterynaryjna	1 000		996	65	3	35		
	j	Inne wydatki	800		735		65			
7		Różne ciężary publicz.	2 600		2 304	66	295	34		
8	a	Nasiona	4 028	25	2 980	3.	1 047	94		
	b	Sadzonki	2 072		969		1 103			
	c	Nawozy	18 056	60	16 292	98	1 763	62		
	d	Ogrodnictwo	—		1 760	25			1 760	25
	e	Sadownictwo	2 221		60		2 161			
	f	Pszczelarstwo	200		65	10	134	90		
10		Różne	3 471	75	2 914	17	557	58		
		Razem : zł	110 011		99 583	08	17 466		7 038	08
							10 427	92		
		B. DOCHODY								
1	b	Krowy	3 900		5 372	56			1 472	56
	c	Owce	2 100		533	70	1 566	30		
	d	Świnie	25 000		5 267	16	19 732	84		
	e	Drób	450				450			
	g	Obornik	4 250				4 250			
2	a	Rolnictwo	69 320		48 501	04	20 818	96		
	b	Ogrodnictwo	8 785		10 967	22			2 182	22
	c	Sadownictwo	178		2 909	43			2 731	43
	d	Pszczelnictwo	400				400			
4		Nabiał	22 788		22 898	74			110	74
5	a	Zwózki	300		225		75			
	c	Inne	786		621	09	164	91		
		Razem : zł	138 257	—	97 295	94	47 458	01	6 496	95
							40 961	06		

Wydatki wynoszą	99.583,08	złotych
Dochody dto	97.295,94	„
Mniej	**2.287,14**	**złotych**

K.

PROGRAM OBRAD

XI. Zjazdu Psychjatrów Polskich we Lwowie

w dniach od 23 - 25 maja 1931 r.

I. DZIEŃ

Uroczyste otwarcie Zjazdu w Auli Uniwersytetu J. K. (ul. Marszałkowska) o godz. 10-tej

Kiła w etjologji schorzeń psychicznych.

Referaty główne:

1) Prof. Dr. R. Weigl - Lwów - Biologja krętka bladego. *2) Prof. Dr. J. Lenartowicz - Lwów* - Z badań nad kiłą doświadczalną (nadkażenia w III-cim okresie kiły). *3) Prof. Dr. W. Nowicki - Lwów* - Porażenie postępujące a kiła narządów. *4) Dr. Messing - Warszawa* - Histopatologja kiły układu nerwowego. *5) Dr. Meissner - Kobierzyn* - Patogeneza zaburzeń psychicznych. *6) Doc. Dr. E. Artwiński i Dr A. Gradziński - Kraków* - O leczeniu porażenia postępującego. *7) Dyr. Dr. W. Łuniewski - Tworki* - Zagadnienie społeczne wypływające z wyników współczesnego leczenia paralityków.

Odczyty:

1) Dr. J. Bednarz - Grudziądz - W sprawie leczenia schorzeń metaluetycznych. *2) Dyr. Dr. Piotrowski - Dziekanka* - Czy rokowanie w paraliżu postępującym jest obecnie pomyślne. *3) Dr. J. Kirschner - Kraków* - Stosunek konstytucji somatopsychicznej do obrazu klinicznego przy porażeniu postępującem. *4) Dr. W. Matecki - Warszawa* - O korelacji kliniki i konstytucji w psychozach pochodzenia kiłowego.

II. DZIEŃ

Od godz. 9-tej do 13-tej w Klinice Prof. Renckiego

Higjena psychiczna

Referaty główne:

1) Wizytator Dr. M. Ziemnowicz - Kraków - Stosunek do dziecka w szkołach amerykańskich. *2) Prof. Dr. St. Borowiecki - Poznań* - Nerwice jako choroby społeczne. *3) Prof. Dr. Gröer - Lwów* - Stan umysłowy dziecka a kiła wrodzona. *4) X. M. Rękas - Kulparków* - Sterylizacja umysłwo chorych w świetle nauk

---

Uwaga: Początek posiedzenia naukowego po otwarciu Zjazdu w Auli Uniwersyteckiej, od 13-15 przerwa obiadowa, program niewyczerpany do godz. 13-tej przeniesie się na obrady popołudniowe z utrzymaniem kolejności. Obrady popołudniowe odbędą się w sali wykładowej Kliniki lekarskiej Prof. Renckiego ul. Pijarów 4. Wieczorem Komitet organizacyjny zaprasza uczestników Zjazdu na wspólną wieczerzę.

etyki i socjologji. 5) *Doc Dr. A. Demianowski - Lwów* - Problem seksualny a higjena psychiczna 6. *Prof. Dr. H. Halban i Prof. Dr. J Rothfeld - Lwów* - Przypadek kurczów podkorowych. 7) *Dyr.* Dr. *Wł. Stryjeński - Kobierzyn* - Prawne podstawy dla opieki nad psychicznie chorymi poza zakładami.

Od godz. 13 15 przerwa obiadowa, od 15-17 obrady w Klinice neurologicznej Prof. Halbana ul. Pijarów 6.

1. Demonstracja ciekawych zdjęć filmów z Kliniki neurolog.

O godz 17-tej Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, poczem zwiedzenie kliniki i podwieczorek na miejscu. Wieczorem o 19. i pół teatr za biletami ulgowemi.

III. DZIEŃ

Obrady w Państw. Zakładzie w Kulparkowie

od godz. 9-tej w dwóch sekcjach.

I. SEKCJA.

Referaty główne:

1. Doc. dr. E. Wichert i dr. R. Dreszer - Warszawa - Z histopatologji porażenia postępującego. 2) *dyr. dr. Piotrowski - Dziekanka* - Rozpoznanie kliniczne paraliżu postępującego z uwzględnieniem wyników badań serologicznych. 3) *dr. H. Bogusławska - Warszawa* - Płyn mózgowo-rdzeniowy w cierpieniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego. 4) *dr J. Dretler - Kobierzyn* - Wpływ leczenia malarją na przepuszczalność barjery oponowej. 5) *dr. J. Podwiński - Wilno* - Rozpoznanie i leczenie schorzeń nerwowych i psychicznych o podłożu kiłowem w Kasie Chorych. 6) *dr. A. Ślączka - Kraków* - O halucynacjach w przebiegu porażenia postępującego. 7) *dr. B. Bornsztajn - Kraków* - O zespołach katatonicznych w przebiegu porażenia postępującego. 8) *dr. B. Rost - Kraków* - O mechanizmie psychologicznym urojeń wielkościowych w porażeniu postępującem. 9) *dr. A. Gradzinski - Kraków* - O występowaniu kiły układu nerwowego w pewnych rodzinach. 10) *dr St. Świerczek - Dziekanka* - Rozważania krytyczne nad malarją leczniczą w porażeniu postępującem. 11) *dr. B. Bornsztajn - Kraków* - O przebiegu i wynikach leczenia paraliżu postępującego u żydów.

Dyskusja.

II. SEKCJA.

Referaty główne:

1) Dr. *E. Frąckowiak - Kraków* - Zagadnienie higjeny psychicznej odnośnie do dziecka. 2) Dr. *H. Katzówna - Kulparków* - Higjena psychiczna wieku dziecięcego w oświetleniu psychoanalizy. 3) Dr. *W. Medyński - Kraków* - Temat zastrzeżony.

Dyskusja.

Odczyty:

1) Dr. *M. Demianowska - Lwów* - Przyczynek do symptomatologji schorzeń płata czołowego. 2) Dr. *S. Falkiewiczowa - Lwów*

- Narkolepsja z uwzględnieniem epilepsji i jej pogranicza. 3) Dr. *J. Fraenklowa - Lwów* - Leczenie umysłowo chorych przy pomocy trwałego snu. 4) Dr. *E. Wilczkowski - Warszawa* - Badania nad katalazą u chorych psychicznie. 5) Dr. *Kutzówna - Kulparków* - Znaczenie psychomotoryki dla przebiegu i prognozy psychoz endogennych. 6) Dr. *Różkowski - Warszawa* - Przypadek schorzenia układu pozapiramidowego powikłanego kiłą mózgu.

Dyskusja.

O godz. 13-tej obiad w Kulparkowie.

Uwaga! Na wygłoszenie referatu przeznacza się zasadniczo 25 minut, na wygłoszenie odczytu 10 minut, na przemówienie w dyskusji 5 minut.

KOMITET ORGANIZACYJNY:

Przewodniczący: Dyrektor Dr. W. Sochacki
Zastępcy przewodn.: Prof. Dr. W. Sieradzki i Prof. Dr. H. Halban
Członkowie Komitetu: Doc. Dr. A. Demianowski, Prym. Dr. J. Fox
Prym. Dr. A. Domaszewicz, Dyr. Pohorecki, Prof. Dr. J. Rotfeld